

bioètica & debat

Declaració d'Hèlsinki de l'Associació Mèdica Mundial, 2008

volum 15, núm. **56**
maig_agost 2009
TRIBUNA OBERTA DE
L'INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA
4 euros

Principis ètics per a les investigacions mèdiques en éssers humans

Adoptada per la
18a Assemblea Mèdica Mundial,
Hèlsinki, Finlàndia, juny 1964
i esmenada per la
29a Assemblea Mèdica Mundial,
Tòquio, Japó, octubre 1975
35a Assemblea Mèdica Mundial,
Venècia, Itàlia, octubre 1983
41a Assemblea Mèdica Mundial,
Hong Kong, setembre 1989
48a Assemblea General, Somerset
West, Sud-àfrica, octubre 1996
52a Assemblea General, Edimburg,
Escòcia, octubre 2000
Nota de Clarificació del Paràgraf 29,
agregada per l'Assemblea General de
l'AMM, Washington 2002
Nota de Clarificació del Paràgraf 30,
agregada per l'Assemblea General de
l'AMM, Tòquio 2004
**59a Assemblea General,
Seül, Corea, octubre 2008.**

A. INTRODUCCIÓ

1. L'Associació Mèdica Mundial (AMM) ha promulgat la Declaració d'Hèlsinki com una proposta de principis ètics per a la investigació mèdica en éssers humans, inclosa la investigació del material humà i d'informació identificables.

La Declaració ha de ser considerada com un tot i un paràgraf no ha de ser aplicat sense considerar tots els altres paràgrafs pertinents.

2. Encara que la Declaració està destinada principalment als metges, l'AMM insta altres participants en la investigació mèdica en éssers humans a adoptar aquests principis.

3. El deure del metge és promoure i vetllar per la salut dels pacients, inclosos els que participen en la investigació mèdica. Els coneixements i la consciència del metge han de subordinar-se al compliment d'aquest deure.

4. La Declaració de Ginebra de l'Associació Mèdica Mundial vincula el metge amb la fórmula «vetllar sol·lícitament i abans que tot per la salut del meu pacient», i el Codi Internacional d'Ètica Mèdica afirma que: «El metge ha de considerar el millor per al pacient quan presti atenció mèdica».

5. El progrés de la medicina es basa en la investigació que, en últim terme, ha d'incloure estudis en éssers humans. Les poblacions que estan subrepresentades en la investigació mèdica han de tenir un accés apropiat a la participació en la investigació.

6. En investigació mèdica en éssers humans, el benestar de la persona que

PASSA A LA PÀGINA 3

sumari

1 a 5

Declaració d'Hèlsinki de l'Associació Mèdica Mundial, 2008

2

Editorial

6 a 10

Eugenèsia en humans: delicada i inevitable

11 a 14

Aspectes ètics de la vacunació contra el VPH

15 a 19

Consideracions ètiques sobre teràpies no convencionals

20 a 22

Comentari de la notícia

23

Biblioteca

24

Agenda

Institut Borja de
Bioètica

Universitat Ramon Llull

bioètica & debat

DIRECCIÓ

Ester Busquets i Alibés

CONSELL DE REDACCIÓ

Francesc Abel i Fabre

Jordi Craven-Bartle

Pau Ferrer i Salvans

Ramon M. Nogués i Carulla

Jaume Terribas i Alamego

Núria Terribas i Sala

COL·LABORADORS

Ramon M. Nogués

Andreu Segura i Benedicto

Josep M^a Bertran i Soler

Pau Ferrer i Salvans

DISSENY I MAQUETACIÓ

Maria José Abella

CORRECCIÓ

Mercè Rial i Carbonell

IMPRESSIÓ

Ediciones Gráficas Rey

ISSN: 1579-4857

Dipòsit legal: B-29604-99

EDITA

Institut Borja de Bioètica
c/ Santa Rosa, 39-57. 3a planta
08950 Esplugues Ll. (Barcelona)

Telf. 93.600.61.06

Fax. 93.600.61.10

bioetica@ibb.hsjdbcn.org

www.ibbioetica.org

Bioètica & debat està indexada en:
MEDLINE.

Dialnet.

Base de dades de sumaris del CBUC.
ETHXWeb, Database from the NRCBL.

Bibliography of Bioethics.

CUIDEN.

Cuidatge.

Bioètica & debat no s'identifica
necessàriament amb les opinions
expressades en els articles publicats.

L'ètica de la investigació biomèdica

Si fem un recorregut històric sobre l'experimentació amb éssers humans en l'àmbit de la medicina toparem amb alguns episodis obscurs. Episodis que posen de manifest la instrumentalització inhumana que han patit moltes persones en nom del progrés científic. Fem-ne un petit repàs.

- *Primera meitat del segle XIII*: els cirurgians del palau de Frederic II Hohensaufen, emperador del Sacre Imperi Romanogermànic —amb la vènia i la curiositat del mateix emperador— prengueren dos homes, servents o esclaus, no se sap del cert, per comprovar si, després d'un àpat copios, era millor per a la salut fer una migdiada o una passejada. Un cop alimentats, a un se'l va enviar a reposar i l'altre, a caminar. Llavors els cirurgians obrien l'estómac dels dos homes per determinar el progrés de la digestió en cadascun. Es conta que sembla que és més avantatjós fer migdiada...

- *Segona Guerra Mundial (1939-1945)*: durant la Segona Guerra Mundial els actes de barbàrie comesos per part dels metges nazis foren nombrosíssims. La llista d'experimentacions amb éssers humans que no complien cap requisit ètic és molt llarga. Es van contaminar presoners amb agents infecciosos per provar noves teràpies, es van provar vacunes ineficaces, es van fer experimentacions d'esterilització tant en homes com en dones, etc. En el judici de Nuremberg es van condemnar una vintena de metges...

- *Segona meitat del segle XX*: el 1966 Henry Beecher, professor de la Facultat de Medicina de Harvard, publicà a *New England Journal of Medicine* l'article «Ethical and Medical Research», en el qual descrivia 22 experimentacions amb éssers humans que no respectaven cap tipus de criteri ètic. Entre aquestes experimentacions és molt conegut el cas *Tuskegee*, que va consistir a no donar

penicil·lina a afroamericans contagiats amb la sífilis; o bé, en altres experiments, el contagi intencionat del virus de l'hepatitis a nens orfes, etc.

- *Cas Trovan*: se suposa que la farmacèutica Pfizer l'any 1996 va portar a terme una experimentació que consistia a subministrar a 200 nens de Kano (Nigèria) un nou medicament, el Trovan. Com a conseqüència d'aquesta intervenció es diu que onze nens van morir i la resta encara pateixen enormes seqüeles. Encara avui els tribunals han de donar resposta al cas *Trovan*...

Atès que els subjectes d'investigació poden ser objecte d'abusos, és molt important recordar els esforços que s'estan fent per dotar l'experimentació biomèdica de criteris ètics. Criteris que han de protegir i respectar tothora la dignitat de la persona que participa en un projecte d'investigació. La *Declaració d'Hèlsinki*, aprovada l'octubre de 2008, i que publiquem en aquest número de *Bioètica & Debat*, és una mostra evident d'aquest esforç per promoure una medicina amb consciència ètica; unir ciència amb consciència.

La darrera versió de la *Declaració d'Hèlsinki*, com ja feia en versions anteriors, afirma en l'article sisè que «el benestar de la persona que participa en la investigació sempre ha de tenir primacia sobre tots els altres interessos», això suposa respectar un conjunt de principis ètics. Entre molts d'altres destaquem aquests: garantir la ciència del projecte d'investigació, fer una avaluació dels riscos i els beneficis, respectar la voluntarietat dels participants, sotmetre's a l'avaluació i seguiment del projecte d'investigació per part d'un comitè d'ètica, etc. Només amb el respecte estricte de tots aquests principis ètics podrem evitar els errors del passat, corregir els del present i vetllar perquè no se'n cometin més en el futur.

VE DE LA PÀGINA 1

participa en la investigació ha de tenir sempre primacia sobre tots els altres interessos.

7. El propòsit principal de la investigació mèdica en éssers humans és comprendre les causes, l'evolució i els efectes de les malalties i millorar les intervencions preventives, diagnòstiques i terapèutiques (mètodes, procediments i tractaments). Fins i tot, les millors intervencions actuals han de ser avaluades contínuament a través de la investigació perquè siguin segures, eficaces, efectives, accessibles i de qualitat.

8. En la pràctica de la medicina i de la investigació mèdica, la majoria de les intervencions impliquen alguns riscos i costos.

9. La investigació mèdica està subjecta a normes ètiques que serveixen per promoure el respecte a tots els éssers humans i per protegir la seva salut i els seus drets individuals. Algunes poblacions sotmeses a la investigació són particularment vulnerables i necessiten protecció especial. Aquestes inclouen els que no poden atorgar o rebutjar el consentiment per si mateixos i els que poden ser vulnerables a una coerció o una influència indeguda.

10. Els metges han de considerar les normes i estàndards ètics, legals i jurídics per a la investigació en éssers humans en els seus propis països, igual que les normes i estàndards internacionals vigents. No s'ha de permetre que un requisit ètic, legal o jurídic nacional o internacional disminueixi o elimini qualsevol mesura de protecció per a les persones que participen en la investigació establerta en aquesta Declaració.

B. PRINCIPIS PER A TOTA INVESTIGACIÓ MÈDICA

11. En la investigació mèdica, és un deure del metge protegir la vida, la salut, la dignitat, la integritat, el dret a l'autodeterminació, la intimitat i la confidencialitat de la informació personal de les persones que participen en la investigació.

12. La investigació mèdica en éssers humans ha de fer-se d'acord amb els principis científics generalment acceptats i ha de recolzar-se en un profund coneixement de la bibliografia científica, en altres fonts d'informació pertinents, així com en experiments de laboratori correctament realitzats i en animals, quan sigui oportú. S'ha de tenir cura també del benestar dels animals utilitzats en els experiments.

13. En realitzar una investigació mèdica, cal prestar una atenció adequada als factors que puguin danyar el medi ambient.

14. El projecte i el mètode de tot estudi en éssers humans s'ha de descriure clarament en un protocol d'investigació. Aquest ha de fer referència sempre a les consideracions ètiques que afectin el cas i ha d'indicar com s'han considerat els principis enunciats en aquesta Declaració. El protocol ha d'incloure informació sobre finançament, patrocinadors, afiliacions institucionals, altres possibles conflictes d'interès i incentius per a les persones de l'estudi i estipulacions per tractar o compensar les persones que han sofert danys com a conseqüència de la seva participació en la investigació. El protocol ha de descriure els paràmetres per a l'accés després de l'assaig a intervencions identificades com a beneficioses en l'estudi o l'accés a un altre tipus d'atenció o beneficis apropiats.

15. El protocol de la investigació ha d'enviar-se, per consideració, comentari, consell i aprovació, a un comitè d'ètica d'investigació abans de començar l'estudi. Aquest comitè ha de ser independent de l'investigador, del patrocinador o de qualsevol altre tipus d'influència indeguda. El comitè ha de considerar les lleis i reglaments vigents en el país en el qual es realitza la investigació, així com també les normes internacionals vigents, però no s'ha de permetre que aquestes disminueixin o eliminin cap de les proteccions per a les persones que participen en la investigació establertes en aquesta Declaració. El comitè té el dret de controlar els assajos en curs. L'investigador té l'obligació de proporcionar informació de control al comitè, en especial sobre tot incident advers greu. No es pot fer cap canvi en el protocol sense la consideració i l'aprovació del comitè.

16. La investigació mèdica en éssers humans ha de ser portada a terme només per persones amb la formació i qualificacions científiques apropiades. La investigació en pacients o voluntaris sans necessita la supervisió d'un metge o un altre professional de la salut competent i qualificat apropiadament. La responsabilitat de la protecció de les persones que prenen part en la investigació ha de recaure sempre en un metge o un altre professional de la salut i mai en els participants en la investigació, encara que hagin atorgat el seu consentiment.

17. La investigació mèdica en una població o comunitat amb desavantatges o vulnerable només es justifica si la investigació respon a les necessitats i prioritats de salut d'aquesta població o comunitat i si existeixen possibilitats raonables que la població o comunitat sobre la qual es realitza la investigació podrà beneficiar-se dels seus resultats.

18. Tot projecte d'investigació mèdica en éssers humans ha d'anar precedida d'una acurada comparació dels riscos i els costos per a les persones i les comunitats que participen en la investigació, en comparació amb els beneficis previsibles per a ells i per a altres persones o comunitats afectades per la malaltia que s'investiga.

19. Tot assaig ha de ser inscrit en una base de dades disponible al públic abans d'acceptar la primera persona.

20. Els metges no han de participar en estudis d'investigació en éssers humans excepte si estan segurs que els riscos inherents han estat adequadament avaluats i que és possible fer-los front de manera satisfactòria. Els metges han de suspendre immediatament l'experiment en marxa si observen que els riscos que impliquen són més importants que els beneficis esperats o si no existeixen proves concloents de resultats positius o beneficiosos.

21. La investigació mèdica en éssers humans sols s'ha de realitzar quan la importància del seu objectiu és més gran que el risc inherent i els costos per a la persona que participa en la investigació.

22. La participació de persones competents en la investigació mèdica ha de ser voluntària. Encara que pugui ser apropiat consultar-ho a familiars o líders de la comunitat, cap persona competent ha de ser inclosa en un estudi si no és que ella ho accepti lliurement.

23. S'han de prendre tota classe de precaucions per resguardar la intimitat de la persona que participa en la investigació i la confidencialitat de la seva informació personal i per reduir al mínim les conseqüències de la investigació sobre la seva integritat física, mental i social.

24. En la investigació mèdica en éssers humans competents, cada individu potencial ha de rebre la informació adequada sobre els objectius, mètodes, fonts de finançament, possibles conflictes d'interessos, afiliacions institucionals de l'investigador, beneficis calculats, riscos previsibles i incomoditats derivades de l'experiment i qualsevol altre aspecte pertinent de la investigació. La persona potencial ha de ser informada del dret de participar o no en la investigació i de retirar el seu consentiment en qualsevol moment, sense exposar-se a represàlies. S'ha de prestar especial atenció a les necessitats específiques d'informació de cada individu potencial, com també dels mètodes utilitzats per donar la informació. Després d'assegurar-se que l'individu ha comprès la informació, el metge o una altra persona qualificada apropiadament ha de demanar llavors, preferiblement per escrit, el consentiment informat i voluntari de la persona. Si el consentiment no es pot atorgar per escrit, el procés per aconseguir-lo s'ha de documentar i testimoniar formalment.

25. Per a la investigació mèdica en què s'utilitzi material o dades humanes identificables, el metge ha de demanar normalment el consentiment per a la seva recol·lecció, anàlisi, emmagatzemament i reutilització. Hi podrà haver situacions en les quals serà impossible o impracticable obtenir el consentiment per a aquesta investigació o podria ser una amenaça per a la seva validesa. En aquesta situació, la investigació sols podrà ser realitzada després de ser considerada i aprovada per un comitè d'ètica d'investigació.

26. En demanar el consentiment informat per a la participació en la investigació, el metge ha de posar especial atenció quan l'individu potencial està vinculat amb ell per una relació de de-

pendència o si dóna el consentiment sota pressió. En una situació així, el consentiment informat l'ha de demanar una persona qualificada adequadament i que no tingui res a veure amb aquella relació.

27. Quan l'individu potencial sigui incapacitat, el metge ha de demanar el consentiment informat del representant legal. Aquestes persones no han de ser incloses en la investigació que no tinguin possibilitats de benefici per a elles, si no és que aquesta tingui com a objectiu promoure la salut de la població representada per l'individu potencial, que aquesta investigació no pugui realitzar-se en persones competents i que la investigació impliqui sols un risc i un cost mínims.

28. Si un individu potencial que participa en la investigació considerat incompetent és capaç de donar el seu assentiment a participar o no en la investigació, el metge ha de demanar a més el consentiment del representant legal. El desacord de l'individu potencial ha de ser respectat.

29. La investigació en individus que no són capaços físicament o mental d'atorgar consentiment, per exemple els pacients inconscients, es pot realitzar sols si la condició física/mental que impedeix atorgar el consentiment informat és una característica necessària de la població investigada. En aquestes circumstàncies, el metge ha de demanar el consentiment informat al representant legal. Si aquest representant no està disponible i si no es pot retardar la investigació, l'estudi pot portar-se a terme sense consentiment informat, sempre que les raons específiques per incloure individus amb una malaltia que no els permet atorgar consentiment informat hagin estat estipulades en el protocol d'investigació i l'estudi hagi estat aprovat per un comitè d'ètica d'investigació.

El consentiment per mantenir-se en la investigació ha d'obtenir-se en la màxima brevetat possible de l'individu o d'un representant legal.

30. Els autors, directors i editors tots tenen obligacions ètiques respecte a la publicació dels resultats de la seva investigació. Els autors tenen el deure de posar a la disposició del públic els resultats de la seva investigació en éssers humans i són responsables de la integritat i exactitud dels seus informes. Han d'acceptar les normes ètiques en la divulgació d'informació. S'han de publicar tant els resultats negatius i inconclusos com els positius, o en cas contrari han d'estar a la disposició del públic. En la publicació s'ha de citar la font de finançament, afiliacions institucionals i conflictes d'interessos. Els informes sobre investigacions que no se cenyeixin als principis descrits en aquesta Declaració no han de ser acceptats per a la seva publicació.

C. PRINCIPIS APLICABLES QUAN LA INVESTIGACIÓ MÈDICA ES COMBINA AMB L'ATENCIÓ MÈDICA

31. El metge pot combinar la investigació mèdica amb l'atenció mèdica, sols en la mesura en què la investigació acrediti un justificat valor potencial preventiu, diagnòstic o terapèutic i si el metge té bones raons per creure que la participació en l'estudi no afectarà de manera adversa la salut dels pacients que prenen part en la investigació.

32. Els possibles beneficis, riscos, costos i eficàcia de tota intervenció nova han de ser avaluats mitjançant la seva comparació amb la millor intervenció provada existent, excepte en les següents circumstàncies:

- L'ús d'un placebo, o cap tractament, és acceptable en estudis per als quals no hi ha una intervenció provada existent.

- Quan per raons metodològiques, científiques i apressants, l'ús d'un placebo és necessari per determinar l'eficàcia i la seguretat d'una intervenció que no impliqui un risc, efectes adversos greus o dany irreversible pels pacients que reben el placebo o cap tractament. S'ha de ser molt curós per evitar abusar d'aquesta opció.

33. Al final de la investigació, tots els pacients que participen en l'estudi tenen dret a ser informats sobre els seus resultats i a compartir qualsevol benefici, per exemple, accés a intervencions identificades com a beneficioses en l'estudi o a un altre tipus d'atenció o beneficis.

34. El metge ha d'informar degudament el pacient dels aspectes de l'atenció que té relació amb la investigació. La negativa del pacient a participar en una investigació o la seva decisió de retirar-se mai pot pertorbar la relació metge-pacient.

35. Quan en l'atenció d'un malalt les intervencions provades han resultat ineficaces o no existeixen, el metge, després de demanar consell d'expert, amb el consentiment informat del pacient o d'un representant legal autoritzat, pot permetre's usar intervencions no comprovades, si, a judici seu, això dona alguna esperança de salvar la vida, restituir la salut o alleugerir el sofriment. Sempre que sigui possible, aquestes intervencions han de ser investigades a fi d'avaluar la seva seguretat i eficàcia. En tots els casos, aquesta informació nova ha de quedar registrada i, quan sigui oportú, posada a disposició del públic.

L'AMM reafirma la primacia dels pacients en la investigació mèdica

L'Associació Mèdica Mundial ha adoptat una nova versió de la *Declaració d'Hèlsinki* que estableix els principis ètics per a la investigació mèdica en éssers humans.

Rebutjant la idea de cedir davant les pressions de la indústria i els organismes governamentals de regulació, l'AMM durant la seva Assemblea General celebrada a Seül, Corea, reafirmà la seva polèmica posició contra les pràctiques que obren portes a l'explotació de les persones que participen en investigació, en especial en els països en vies de desenvolupament.

En relació a la pràctica de comparar nous tractaments experimentals amb placebos, en lloc de tractaments existents, la nova versió de la Declaració especifica que això sols es pot fer en circumstàncies molt limitades, quan els pacients que reben placebos no pateixen cap dany sever o irreversible.

La Declaració revisada també reafirma el dret de la persona que participa en la investigació a compartir els beneficis que pugui produir la investigació, per exemple, l'accés a intervencions identificades com a beneficioses en l'estudi.

Els nous paràgrafs de la Declaració aborden el consentiment per a la investigació sobre material humà, com sang, teixits i ADN i dades humanes i requereix que els assajos clínics siguin registrats en una base de dades accessible al públic.

Aquesta nova versió és el resultat d'una àmplia consulta amb les associacions mèdiques nacionals, investigadors, governs i indústria.

La Dra. Eva Bagenholm, la qual presidí el grup de treball format per cinc països que redactà la versió, digué que la consulta va demostrar que les clàusules de la Declaració per protegir les persones que participen en investigació són sòlides i fermes.

L'AMM espera ara que els governs, en especial, adoptin les seves normes al nivell de la Declaració.

Comunicat de premsa de l'AMM, 20-10-08

Eugenèsia en humans: delicada i inevitable

Ramon M^a Nogués

Unitat d'Antropologia Biològica.
Universitat Autònoma de Barcelona.
ramonmaria.nogues@uab.cat

resum

La novíssima situació dels coneixements i tècniques disponibles pel que fa a la reproducció planteja desafiaments ètics inèdits. L'eugenèsia és un dels camps evidentment implicats. Ni el refús total ni l'acceptació simplista no permeten abordar correctament la situació. Cal una exposició clara i una consciència que assumeixi els reptes plantejats, respectant la situació de conflicte i educant una nova sensibilitat.

PARAULES CLAU

eugenèsia, tecnologia reproductiva, nova actitud ètica

abstract

The current situation of the knowledge and the techniques of reproduction available raise unprecedented ethical challenges. Eugenics is one of the fields involved. Neither the total refusal nor the simplistic acceptance allow an appropriate approach of the situation. A clear explanation and a conscience that takes on the challenges raised is necessary, respecting the conflict situation and establishing a new perception.

KEYWORDS

eugenics, reproductive technology, new ethical attitude

Delicada i inevitable: així pot qualificar-se el concepte i la realitat de l'eugenèsia, aquella preocupació i pràctica que tendeixen a promoure la millora de la generació humana, la cura per obtenir unes millors característiques en l'espècie. Inevitable, perquè teòricament a molt pocs pot convèncer la posició que en aquest punt l'acceptació incondicional de l'aleatorietat associada a la reproducció hagi de prevaldre incondicionalment sobre actituds i actes que en millorin les condicions i la naturalesa. Delicada, perquè els aspectes implicats en la noció d'eugenèsia són tan diversos i complexos que han estat fustigats i elogiats per tota mena d'actituds ideològiques, filosòfiques, polítiques i religioses.

Els aspectes implicats en la noció d'eugenèsia són tan diversos i complexos que han estat fustigats i elogiats per tota mena d'actituds ideològiques, filosòfiques, polítiques i religioses

carnívors o felins, p. ex., és comuna la conducta de matar les cries no reconegudes com a pròpies, i en el trençalòs, que pon normalment dos ous, en sortir els pollets, un d'ells quasi sempre fora el seu germà del niu provocant la seva mort amb l'aquiescència dels pares a fi de garantir una supervivència acceptable.

Evidentment els humans, per cultura, tendim a eliminar conductes descarament animals, però probablement no en suprimim ni podem suprimir tots els vestigis. És més, és possible que la necessitat d'intentar mantenir o millorar l'espècie amb algun tipus de selecció formi part d'alguna forma de dret o de moral que sublima formes elementals de fer-ho.

La història mostra referències eugenèsiques en innumbrables cites culturals. Plató i Aristòtil fan propostes eugenèsiques teòriques en repúbliques utòpiques, i molts utopistes moderns com Campanella o F. Bacon les repeteixen, i en queden ressons en Condorcet, Locke, etc

1. Un rerefons secular de propostes i actuacions

La frase que l'eugenèsia es perd en la nit dels temps podria semblar retòrica, però respon a la veritat. Sembla que, de forma més o menys brutal, moltes civilitzacions han admès conductes com l'infanticidi per a «assegurar» una correcta qualitat en el grup, qui sap si com a inquietant vestigi arcaic de mecanismes estereotipats que regeixen les conductes seleccionades en la naturalesa per assegurar la supervivència. En

La història mostra referències eugenèsiques en innumbrables cites culturals. Plató i Aristòtil fan propostes eugenèsiques teòriques en repúbliques utòpiques, i molts utopistes moderns com Campanella (*La ciutat del sol*) o F. Bacon (*La nova Atlàntida*) les repeteixen, i en queden ressons en Condorcet, Locke, etc.

F. Galton fou el gran teoritzador de l'eugenèsia moderna. Inspirat per l'obra de Darwin, de qui era nebot, proposà

una base científica per a l'establiment de l'eugenèsia (*Inquiries into Human Faculty and its Development*, 1883), la qual havia de portar a un món idíl·lic i fantasiós (anomenà l'eugenèsia «nova religió»), tot plegat fruit del racionalisme ingenu del segle XIX i amb molt poca credibilitat científica malgrat les seves pretensions genètiques. Aquestes propostes foren acompanyades de punts de vista racistes i esclavistes que, barrejant-se amb propostes més o menys justificadament inspirades en el darwinisme, portarien a un menyspreu de les «races inferiors» concretades per alguns pobles europeus i nord-americans.

La història d'Alemanya en aquest sentit encara derivà cap a situacions molt més greus, com és sabut, en les mesures eugenèsiques de la dècada de 1930 i finalment en la barbaritat de l'Holocaust

Les versions més salvatges d'aquestes propostes «civilitzades» en relació a l'eugenisme es concretaren en la Societat Eugenèsica dels EUA recolzada per Rockefeller i Carnegie, que conduïren el 1913 a la *Mental Deficiency Act*, que prohibia el matrimoni de deficients mentals, i el 1924 a la prohibició per raons racistes de la immigració d'europaus del sud i a la promoció de concursos de famílies «més aptes». La història d'Alemanya en aquest sentit encara derivà cap a situacions molt més greus, com és sabut, en les mesures eugenèsiques de la dècada de 1930 i finalment en la barbaritat de l'Holocaust. En formes més suaus, iniciatives d'aquest tipus van figurar en l'agenda política de Suècia o Austràlia, i més recentment en determinacions com les de Fujimori al Perú, del Fons Monetari Internacional

o el Banc Mundial, promovent políticament l'esterilització sovint «comprada» de ciutadans de països o ambients pobres a fi de mantenir els poders adquisitius «adquirits» pels ciutadans o sectors enriquits dels països rics.¹

Un índex de la naturalitat amb què foren rebudes aquestes propostes en l'època és l'opinió d'Alexis Carrel, premi Nobel de Medicina, que en la seva obra *L'home un inconegut* en el primer terç del segle XX proposava, des d'un racisme descarnat i amb pretensions científiques de «millorar l'espècie», l'eliminació violenta de deficients i delinqüents per «ordenar la societat moderna en relació a l'individu sa».

Malgrat tants despropòsits per als quals es reclamava injustificadament l'autoritat de la genètica naixent i tantes barbaritats polítiques, segueix essent inevitable una preocupació per a una millora de la reproducció humana i el progrés de l'espècie des de perspectives científiques i tècniques correctes i respectant els valors ètics centrals

Malgrat tants despropòsits per als quals es reclamava injustificadament l'autoritat de la genètica naixent i tantes barbaritats polítiques, segueix essent inevitable una preocupació per a una millora de la reproducció humana i el progrés de l'espècie des de perspectives científiques i tècniques correctes i respectant els valors ètics centrals. Pensem p. ex. en la creixent preocupació per poder controlar els milers de malalties «rars» amb una gran base genètica que afligeixen a milions de persones i que potser podrien ser evitades amb alguns procediments de *screening* genètic acceptable.

2. Aspectes mentals als quals cal atendre en relació a les possibilitats eugenèsiques

Hi ha una sèrie de punts que cal tenir presents en relació a l'estat d'ànim i a l'actitud ètica perquè la preocupació eugenèsica pugui orientar-se adequadament. A continuació n'assenyalem alguns dels més importants.

a) Convé acceptar que els humans som responsables del repte de millorar (fins a on puguem) la nostra condició enmig del complex entrellat de factors i paràmetres sovint desconeguts, i no sotmetre'ns de forma fatalista a l'aleatorietat biològica del destí. Els marges de millora biològica, conductual, cultural, etc. no són sempre espectaculars, i sovint són contradictoris, però existeixen. Això s'aplica a la reproducció, la qual no té perquè quedar sotmesa a tabús paralitzadors, tot i que ha d'estar inspirada per una ètica seriosa i exigent.

Cal contenir les fantasies d'omnipotència i les temptacions de convertir-se en aprenents de bruixot. La història de les ciències és prou eloqüent tant per estimular progressos reals com per prevenir derives com les que s'han produït històricament invocant a la ciència

b) Cal contenir les fantasies d'omnipotència i les temptacions de convertir-se en aprenents de bruixot. La història de les ciències és prou eloqüent tant per estimular progressos reals com per prevenir derives com les que s'han produït històricament invocant a la ciència. El

camp de la reproducció és un bon exemple de com, amb invocacions errades d'imperatius genètics falsos, s'han impulsat iniciatives descaradament racistes i opressores dels més desemparats.

En societats complexes presidides per la dinàmica econòmica, és bo saber prevenir que els grans temes de la tècnica de la reproducció no siguin assumits com a esquer de guanys econòmics amb el reclam del progrés

c) En societats complexes presidides per la dinàmica econòmica, és bo saber prevenir que els grans temes de la tècnica de la reproducció no siguin assumits com a esquer de guanys econòmics amb el reclam del progrés. El que ha passat amb l'explotació comercial de l'estètica des de perspectives «mèdiques» pot passar i passa amb l'explotació comercial dels importants desitjos associats a la reproducció humana. Des de l'agudització de la crisi econòmica la donació «generosa i desinteressada» d'òvuls ha augmentat al país un 25% especialment per part de dones estrangeres. Aquesta donació és compensada amb 900 euros. El pobre queda estimulat per la necessitat i el «tranquil», per la possibilitat d'un sobresou, infringint l'esperit de l'article 5.3. de la llei 14/2006 de 26 de maig sobre tecnologies de reproducció humana assistida.

d) Cal assegurar un clima de llibertat i de garanties que preservi els drets reproductors elementals de les persones i atengui també als grans eixos antropològics de l'ordenació de la reproducció que pesen però no es destaquen en primer pla, com són les relacions de parentalitat i la gestió dels tabús de l'incest, els registres socials de la reproducció i

les justes necessitats psicològiques de les persones, sobretot en les fases més primerenques de la iniciació a la vida adulta i reproductora.

La sexualitat i la reproducció són conductes naturals i normals i la seva medicalització, més enllà de l'assistència normal, comença a presentar sospites d'abús. Cal recórrer al metge quan estem malalts i la prevenció s'ha de mantenir en els termes d'una vigilància assumible amb normalitat, però cal prevenir la instauració de tècniques massa intervencionistes. Una assenyada prevenció implica el respecte a la naturalesa

e) Tot el tema de la reproducció està quedant sotmès a una medicalització i tecnificació creixent (p. ex., a fecundacions extracòrpories, tècniques d'injecció intraovular dels espermatozous...). Això és en part lògic en correspondència amb el progrés biomèdic, però es comencen a evidenciar els límits d'aquest procés aparentment lògic. Efectivament, la sexualitat i la reproducció són conductes naturals i normals i la seva medicalització, més enllà de l'assistència normal, comença a presentar sospites d'abús. Cal recórrer al metge quan estem malalts i la prevenció s'ha de mantenir en els termes d'una vigilància assumible amb normalitat, però cal prevenir la instauració de tècniques massa intervencionistes. Una assenyada prevenció implica el respecte a la naturalesa. Per exemple, anar posposant l'època reproductora en la dona és una mala conducta que genera necessitats mèdiques addicionals (p. ex. en la prevenció de deficiències en els gàmetes i en el procés). Seguir en aquesta deriva

i desplegar tècniques mèdiques excessives per corregir els efectes de tal conducta és un plantejament globalment equivocat. Convé destacar la sensibilitat envers un adequat respecte a la naturalesa en relació a un plantejament de les conductes de l'espècie que trenquin excessivament amb el món natural portades per l'absurda pretensió que «ens en podem alliberar». Una eugenèsia bàsica exigeix un respecte bàsic a allò que naturalment som.

L'acció biomèdica de selecció embrional o algunes formes de l'anomenat avortament terapèutic assumeixen la contrapartida de restablir a través d'una selecció artificial la selecció natural que en part ha suprimit la tècnica biomèdica

3. Aspectes genètics, tecnològics i ètics de l'eugenèsia

Com a reflexió general, convé situar l'eugenèsia en una perspectiva evolutiva àmplia. La sanitat en evitar, gràcies a les atencions mèdiques, la mort de les persones que no arribarien a reproduir-se i ara ho poden fer (p. ex. diabètics tipus 1) i que per tant podran transmetre gens causants o predisponents per a les corresponents malalties, augmenta el llast genètic de l'espècie. Aquest fet suprimeix la selecció que la natura exerceix automàticament contra els gens deleters. L'acció biomèdica de selecció embrional o algunes formes de l'anomenat avortament terapèutic assumeixen la contrapartida de restablir a través d'una selecció artificial la selecció natural que en part ha suprimit la tècnica biomèdica. P. ex. entre 1976 i 1985 a Espanya, d'acord amb les dades de l'Estudio Co-

laborativo Español de Malformaciones Congénitas (ECEMC), l'espina bífida i la síndrome de Down es presentaven amb freqüències de 4,54 i 14,70 per 10.000 naixements respectivament. Des de la legalització de l'«avortament terapèutic», el 2007 aquestes taxes han baixat a 1,07 per a l'espina bífida i a 8,09 per a la síndrome de Down. La possibilitat de recórrer al diagnòstic preimplantacional quan hi ha sospites de risc de transmissió de determinades malalties anirà permetent establir una selecció contra alguns dels gens més perjudicials, i aquesta possibilitat anirà creixent. També ho faran les possibilitats d'establir actuacions d'enginyeria genètica correctores de tares hereditàries. Com es veu, és una guerra d'actuacions i respostes tècniques en relació a perjudicis i seleccions naturals.

Cal advertir que el que percebem com a gens deletaris s'ha de plantejar en una perspectiva evolucionista, ja que el caràcter perjudicial o afavoridor d'una mutació depèn d'un diàleg molt complex i poc conegut entre els gens i els sistemes en els quals els gens s'expressen i els factors ambientals, cosa que complica la determinació «absoluta» del que és «bo» o «dolent». Aquest delicat equilibri entre la lluita contra la selecció i a favor d'ella, se situa entre el risc de millorar biològicament l'espècie i el risc de convertir-la en dependent de costoses actuacions ortopèdiques per mantenir correctament els paràmetres de sanitat de la població.

Entrant a concretar les actuacions eugenèsiques en curs i les perspectives d'ampliació, evoquem alguns dels capítols actualment despleats.²

3.1. El consell genètic

Constitueix una primera cautela ètica: «neta», en el sentit de no crear problemes d'actuació per ella mateixa, i que permet orientar en un món de probabilitats. Aquesta és també la seva feblesa: garanteix poc si no es concreta

en algun tipus de control embrional. Resulta particularment eficaç en malalties lligades al sexe en relació a una selecció sexual preimplantatòria per excloure amb alta probabilitat alguns riscos hereditaris.

Si poguéssim fer un diagnòstic fiable de la qualitat genètica dels òvuls i espermatozous, crec que tothom estaria d'acord en què no solament seria lloable, sinó fins i tot obligatori, procedir a una selecció eugenèsica contra els gens més deletaris i en favor del nou individu. Per què no ha de ser possible fer-ho unes hores després de la fecundació si esdevé possible?

3.2. Selecció per diagnòstic preimplantatori

Si poguéssim fer un diagnòstic fiable de la qualitat genètica dels òvuls i espermatozous, crec que tothom estaria d'acord en què no solament seria lloable, sinó fins i tot obligatori, procedir a una selecció eugenèsica contra els gens més deletaris i en favor del nou individu. Per què no ha de ser possible fer-ho unes hores després de la fecundació si esdevé possible? La qüestió és complexa però no admet una negació terminant, simplement pel fet que una part de la població consideri que el moment de la fecundació és absolutament constitutiu de la persona, essent així que avui un ampli grup d'especialistes en aquests temes, adscrits a totes les ideologies i tradicions espirituals, consideren que la informació biològica imprescindible per parlar de persona exigeix molt més que la sola informació genètica i demana una mínima estructura morfològica,

informació fisiològica suficient i individuació clara, coses que no es donen conjuntament abans de la implantació en l'úter. L'existència de vida humana no és del tot coextensiva amb la de persona humana.³ És veritat que, tot i això, i a judici de gairebé tothom, qualsevol material biològic referent a la fecundació i la gestació mereix unes cauteles específiques, independentment del seu caràcter personal. Tot aquest tema queda regulat legalment al nostre país per la Llei 14/2006 de l'Estat espanyol. A la Gran Bretanya la *Human Fertilisation and Embriology Act* 2008, que actualitza la de 1990, constitueix un bon text de referència per il·lustrar la complexitat del tema i la precisió amb què és tractat en textos legals.

L'avortament terapèutic és una peça dura de l'eugenèsia en la mesura que comporta la ruptura agressiva d'un procés normal en plena estabilitat i suficient identitat, tot i que algunes actuacions d'aquest tipus poguessin considerar-se una col·laboració en el procés natural de selecció contra embrions deficitaris que realitza la naturalesa

3.3. Avortament «terapèutic»

És una peça dura de l'eugenèsia en la mesura que comporta la ruptura agressiva d'un procés normal en plena estabilitat i suficient identitat, tot i que algunes actuacions d'aquest tipus poguessin considerar-se una col·laboració en el procés natural de selecció contra embrions deficitaris que realitza la naturalesa i de la qual haurien quedat apartats alguns embrions. Es faria un bon servei a la reflexió que el tema me-

reix si es plantegés com a conflicte en comptes de procedir a una simplificació legal i ètica tot parlant de drets molt discutibles a l'avortament. Les lleis han de poder regular situacions en favor del bé comú en societats de mínims ètics, però això no autoritza a simplificar, a vegades grollerament, els problemes ètics. És més saludable mantenir la qüestió ètica oberta i assumir-la lliurement com a conflictiva que no pas simplificar-la en un sí o un no fàcils i expeditius.

La selecció preimplantatòria en benefici d'altri és el cas de la selecció d'embrions amb característiques específiques a fi d'engendrar individus compatibles per a eventuais transplantaments a la curació de germans, etc

3.4. Selecció preimplantatòria en benefici d'altri

És el cas de la selecció d'embrions amb característiques específiques (p. ex. tipologia d'antígens HLA) a fi d'engendrar individus compatibles per a eventuais transplantaments (de moll de l'os, per exemple) orientats a la curació de germans, etc. Això està permès al nostre país, mitjançant una autorització expressa en cada cas de part d'una comissió *ad hoc* (Llei 14/2006). La dificultat ètica associada a aquest procés eugenèsic és la que pot presentar l'ésser engendrat en funció de..., de manera que l'individu queda «marcat» per aquesta funcionalitat. També és veritat que el nou individu pot ser considerat d'una forma positiva com aquell que a més d'arribar a ser, ho és amb una finalitat afegida de poder salvar una altra vida només pel fet de ser. Aquest tipus de conflictes ambivalents són típics de les noves situacions.

3.5. Disseny a petició

Resulta evident que la possibilitat de selecció en estats preembrionals porta a la possibilitat de relliscar cap al perillós terreny del disseny. Això no és una pura imaginació, sinó que ja s'han donat casos emblemàtics com alguna sorprenent petició feta de part d'una parella lesbiana constituïda per dues persones sordes que demanaven seleccionar un bebè sord reclamant l'estatut de dret de minoria amb microcultura (la dels sords). Una de les grans dificultats de principi per accedir al disseny és que científicament (i llevat de l'existència de malalties definides i greus) no hi ha forma de definir què és «millor» en condicions genèriques. És obvi, a més, que el tema resulta altament relliscós si el disseny comencés a derivar per camins com el de la selecció en funció de criteris de sexe, estètics o de moda. L'espècie humana demostra que és capaç d'una alarmant capacitat de trivialitat en els temes més seriosos.

Resulta evident que la possibilitat de selecció en estats preembrionals porta a la possibilitat de relliscar cap al perillós terreny del disseny. Això no és una pura imaginació, sinó que ja s'han donat casos emblemàtics

La llambregada a l'ampli i complex panorama de la tecnologia reproductiva desenvolupada fulgurantment en els darrers vint anys evidencia els reptes d'una dimensió nova a la qual no es poden donar respostes simplistes. Aquesta situació era ja evocada fa anys de forma inquietant per Hans Jonas quan deia: «Cap ètica de les que hem tingut fins ara ens instrueix sobre les regles de bondat o maldat a les quals les modalitats enterament noves del poder i de les seves possibles aportacions han de sotmetre's».⁴

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES:

1. Cambron Infante A. La eugenesia y sus sombras. En: Blázquez Ruiz FJ, editor. 10 palabras clave en nueva genética. Estella: Verbo Divino; 2006.
2. López de la Vieja MT. Bioética y ciudadanía. Madrid: Biblioteca Nueva; 2008.
3. De Lora P, Gascón M. Bioética. Madrid: Alianza Editorial; 2008.
4. Jonas H. El principio de responsabilidad. Barcelona: Herder; 1995.

Aspectes ètics de la vacunació contra el virus del papil·loma humà

Andreu Segura i Benedicto

Institut d'Estudis de la Salut.
Generalitat de Catalunya.
Professor del Departament de Ciències
Experimentals i de la Salut de la UPF.
andreu.segurab@gencat.cat

resum

Alguns trets de la vacuna contra el VPH són diferents de la majoria de les vacunes dels calendaris oficials. Des del punt de vista ètic cal destacar que els objectius finals no s'assoleixin en el millor dels casos fins anys després de la seva introducció, i el fet que les vacunes actuals no són una alternativa a la prevenció secundària, que s'ha d'adaptar a les noves circumstàncies. El contagi, exclusivament sexual, i la població diana, les adolescents, són característiques que tenen també implicacions ètiques.

PARAULES CLAU

innovació sanitària, eficiència i equitat, expectatives, adolescència

abstract

Some of the characteristics of the VPH vaccine are different from the majority of vaccines included in the official calendars. From the ethical point of view we should focus on the main purpose that makes that the final objectives are not achieved until several years later of its introduction. The current vaccines are not an alternative to the secondary prevention, which has to adapt to the new circumstances. There are also ethical implications in the transmission, exclusively sexual and the target population, the adolescents.

KEYWORDS

health innovation, efficiency and equity, expectations, adolescence

Les vacunes són una de les aportacions més importants de la sanitat a la salut de la població. Protegeixen les persones, i sobretot les comunitats, i en els sistemes sanitaris d'accés universal contribueixen sensiblement a l'equitat. En alguns països són, per això, obligatòries.¹ En molts d'altres, com el nostre, l'opció de les administracions sanitàries és la promoció activa de la vacunació, apel·lant a la responsabilitat personal per contribuir a la protecció de la salut del conjunt i, llevat de casos excepcionals —brots epidèmics, per exemple— sense recórrer a la coacció.²

Les vacunes són una de les aportacions més importants de la sanitat a la salut de la població. Protegeixen les persones, i sobretot les comunitats

L'eventual restricció de la llibertat individual en els casos en què, per raons ideològiques, culturals, por o d'altres, les persones o els seus representants legals, quan es tracta d'infants o incapacitats, no volen exposar-se a possibles incommo-ditats, molèsties o efectes adversos de les vacunes, és un dilema ètic que sovint es dirimeix apel·lant a la doctrina utilitarista que justifica la decisió si el saldo net entre beneficis i perjudicis és globalment positiu.³ Les limitacions de l'utilitarisme, però, aconsellen altres enfocaments, com ara la conveniència d'una conducta solidària amb el conjunt de la societat, és a dir, a un deure moral de convivència segons els principis morals de la comunitat.

La utilització més justa dels recursos disponibles és, però, un aspecte comú a qualsevol intervenció sanitària finançada públicament. El que costa es detrau

d'altres necessitats i cal considerar què és més pertinent. I aquestes decisions tenen conseqüències sobre la salut del conjunt, la qual cosa porta a considerar els efectes que se'ls poden atribuir. Hi ha persones que rebutgen la vacunació perquè no acaben d'estar convençudes dels seus beneficis, que si bé gairebé sempre són notables per a les comunitats no sempre són tangibles per a bona part de les persones considerades individualment. El que Geoffrey Rose anomenava la paradoxa de la prevenció.

Hi ha persones que rebutgen la vacunació perquè no acaben d'estar convençudes dels seus beneficis, que si bé gairebé sempre són notables per a les comunitats no sempre són tangibles per a bona part de les persones considerades individualment

Una altra qüestió d'interès per a l'ètica és la qualitat de la informació que es proporciona a la població que, en general, insisteix en els beneficis amb la pretensió palesa d'estimular la seva pràctica per tal d'assolir uns nivells de protecció elevats per a la població. En aquest sentit cal tenir present el paper actiu de les empreses farmacèutiques que no solament duen a terme la recerca per fabricar-les, sinó que sovint són la font principal d'avaluació dels seus efectes i que, a més, protagonitzen campanyes enèrgiques de publicitat que en ocasions han estat particularment agressives.

En la majoria dels casos, les vacunes obligatòries, o almenys les que formen

part dels calendaris oficials, actuen davant d'infeccions que s'encomanen mitjançant contactes personals, per via aèria, dermatològica o digestiva. Les malalties objecte de prevenció amb la vacunació que poden contagiar-se per un contacte més íntim, conseqüència de conductes voluntàries, com ara les relacions sexuals, són una excepció, com passa amb les hepatitis. En general, les vacunes que s'incorporen als calendaris oficials, i que per això són sufragades amb els recursos comuns, protegeixen davant les infeccions i les seves conseqüències immediates, la qual cosa simplifica els processos de decisió per adoptar-les perquè és més fàcil i més fiable el càlcul del balanç entre costos i beneficis i, en definitiva, determinar l'eficiència relativa de la intervenció.

La introducció de la vacuna contra el VPH és, doncs, una innovació perquè el propòsit principal que justifica la seva inclusió al calendari és la prevenció del càncer del coll de l'úter, de la qual algunes variants del VPH en són causa, necessària però no suficient

La introducció de la vacuna contra el VPH és, doncs, una innovació perquè el propòsit principal que justifica la seva inclusió al calendari és la prevenció del càncer del coll de l'úter, de la qual algunes variants del VPH en són causa, necessària però no suficient. Només la vacuna contra l'hepatitis B comparteix parcialment aquest efecte a llarg termini, tot i que les infeccions agudes poden arribar a ser fulminants.

També té rellevància el paper dels mitjans de comunicació, la influència dels quals pot ser determinant per a l'acceptació o el rebuig d'una vacuna, com va passar amb el tristament cèlebre cas de la vacuna triple vírica i la seva

suposada associació amb l'autisme. És clar que el desencadenant del ressò mediàtic fou un article al *Lancet*.

També té rellevància el paper dels mitjans de comunicació, la influència dels quals pot ser determinant per a l'acceptació o el rebuig d'una vacuna, com va passar amb el tristament cèlebre cas de la vacuna triple vírica i la seva suposada associació amb l'autisme. És clar que el desencadenant del ressò mediàtic fou un article al Lancet

Encara que una de les dues vacunes disponibles contra el VPH és activa davant les variants que originen les berugues genitals, l'objectiu principal és, però, evitar una conseqüència a llarg termini, el càncer de coll d'úter. L'eficàcia potencial de les vacunes es limita a dues de les dotze variants oncogèniques del VPH. I, el que és més important, la vacunació no és una alternativa a la prevenció secundària, atès que no està provat un efecte sobre totes les variants ni, el que és més important, protegeix adequadament les persones ja infectades. Per això convé vacunar les persones abans que no entrin en contacte amb el virus i, com que la infecció pel VPH és molt freqüent, abans que no mantinguin relacions sexuals, la qual cosa comporta que la població diana no sigui exactament comparable a la població amb la qual s'ha avaluat experimentalment l'efecte de la vacuna, precisament per les restriccions ètiques que impedeixen l'experimentació amb menors d'edat.

Un altre aspecte és l'anomenat «cost/opportunitat», que significa que en introduir una nova prestació sanitària que consumeix uns recursos determinats, d'altres necessitats sanitàries seran postergades precisament perquè els

recursos disponibles són limitats. Per ser coherents amb aquest argument totes les prestacions sanitàries finançades amb els recursos comuns haurien de ser objecte d'aquesta mena d'anàlisi. I els costos de la vacunació acostumen a ser més baixos que els de moltes altres intervencions de la sanitat pública. Llavors es pot recórrer a la valoració de la relació cost/efectivitat de cadascuna d'elles, relació que mesura l'eficiència.

L'eficàcia potencial de les vacunes es limita a dues de les dotze variants oncogèniques del VPH. I, el que és més important, la vacunació no és una alternativa a la prevenció secundària, atès que no està provat un efecte sobre totes les variants ni, el que és més important, protegeix adequadament les persones ja infectades. Per això convé vacunar les persones abans que no entrin en contacte amb el virus

L'eficiència ens orienta quant a la proporcionalitat dels esforços en relació als beneficis esperats. I aquest és un element que cal considerar de forma individualitzada per a cada intervenció determinada. En el cas del càncer de coll d'úter els beneficis esperats són la reducció de la mortalitat i de la morbiditat que causa la malaltia i que podem atribuir a la vacunació. D'aquí que convingui valorar la importància relativa d'aquest problema de salut. Encara que la incidència del càncer de coll d'úter varia prou entre unes zones i altres d'Espanya, en el conjunt, l'impacte sobre la morbiditat i la mortalitat d'aquest tumor és relativament baix. Tot i que, naturalment, aquesta situació podria canviar en el futur. La tendència de la incidència, segons la informació dels

registres poblacionals de càncer espanyols, malgrat ser limitada és més aviat estable, tot i que les dones del grup d'edat més jove experimenten un lleuger creixement.

Encara que la incidència del càncer de coll d'úter varia prou entre unes zones i altres d'Espanya, en el conjunt, l'impacte sobre la morbiditat i la mortalitat d'aquest tumor és relativament baix. Tot i que, naturalment, aquesta situació podria canviar en el futur

Assumint que les vacunes contribuïran a reduir la incidència de nous casos de càncer de coll d'úter a mig termini, la qual cosa no està empíricament comprovada per raons òbvies encara que la reducció observada en les lesions premalignes així ho suggereix, cal valorar acuradament si el balanç entre els beneficis que s'esperen i el cost econòmic i organitzatiu és convenient. La normativa espanyola requereix per a les noves prestacions sanitàries públiques una justificació explícita de la seva eficiència. Una informació que en el moment en què es va prendre la decisió no era disponible i que, d'acord amb algunes anàlisis econòmiques, no podrà ser prou precisa fins que no s'aclareixin alguns interrogants pel que fa a la població diana i a la necessitat o no d'administrar noves dosis de record més enllà del temps en què s'ha pogut comprovar la persistència d'una resposta immunitària adequada.⁴ En no tenir prou dades locals sobre la prevalença de les variants oncogèniques susceptibles del VPH en la població espanyola, aquesta incertesa augmenta.

Si, a més, sembla versemblant que aviat es pugui disposar de noves vacunes de més ampli espectre, la introducció de la vacunació al calendari podria ser prematura. És clar que en retardar

la vacunació es posterguen els beneficis potencials, però llavors cal considerar una altra característica de les actuals vacunes que és que no són una alternativa a la prevenció secundària, és a dir, al diagnòstic i al tractament precoç, perquè les dones ja infectades no estan protegides, ni tampoc les que s'infectin amb variants no cobertes per la vacuna.

Si, a més, sembla versemblant que aviat es pugui disposar de noves vacunes de més ampli espectre, la introducció de la vacunació al calendari podria ser prematura

Dissortadament la prevenció secundària en la majoria de les comunitats autònomes espanyoles consisteix en el diagnòstic oportunista i no és de base poblacional, per la qual cosa no resulta equitativa, perquè les dones que estan més exposades al risc utilitzen menys aquesta activitat preventiva que les que en tenen menys, de forma que tampoc no és prou eficient. Addicionalment, no hi ha prou dades sobre l'avaluació de la qualitat d'aquestes intervencions que, naturalment, poden provocar efectes adversos. Aquestes insuficiències no són exclusives d'Espanya, encara que en d'altres països, com el Canadà o el Regne Unit, han millorat substancialment en el passat immediat.

Com que la finalitat és prevenir el càncer, la vacuna ha de ser un element més de l'estratègia global per a la prevenció i el control, la qual cosa requereix coordinar i adaptar el conjunt de possibilitats preventives, la vacunació per una banda i el cribratge per l'altra, que a més molt probablement convindrà canviar radicalment mitjançant la determinació d'infecció com a millor alternativa que la citologia. Així doncs, sembla convenient dissenyar un programa integral de prevenció, que no existeix a Espanya

i que ha d'incloure els indicadors que serveixin per avaluar el seu funcionament i els seus resultats.

Encara que amb la informació disponible la seguretat de les vacunes actuals és acceptable, no es pot descartar l'aparició d'efectes adversos associats a la vacuna, al procediment d'administració i fins i tot a les particularitats de la resposta immune de les persones. De fet a la pràctica no hi ha cap intervenció sanitària absolutament innòcua

Encara que amb la informació disponible la seguretat de les vacunes actuals és acceptable, no es pot descartar l'aparició d'efectes adversos associats a la vacuna, al procediment d'administració i fins i tot a les particularitats de la resposta immune de les persones. De fet a la pràctica no hi ha cap intervenció sanitària absolutament innòcua. Tot i que el nombre de persones vacunades en els darrers dos anys ha estat molt considerable, encara és aviat per descartar definitivament que apareguin reaccions adverses avui desconegudes. Així doncs, qualsevol nova intervenció ha de ser objecte d'una vigilància estreta durant un període raonablement perllongat. Una vigilància més intensa que la dedicada a intervencions que fa molts anys que es duen a terme.

Atès que la infecció del VPH només es pot contagiar mitjançant relacions sexuals que, en general, són voluntàries, la coacció legal i, en certa mesura, la cultural ha estat objecte d'acusacions de paternalisme excessiu.⁵ Malgrat que al cap i a la fi la justificació segueix sent l'aplicació de l'utilitarisme.⁶

La tendència a introduir de seguida i de forma generalitzada les innovacions, amb l'argument raonable de no dilatar els beneficis esperats, comporta assumir alguns riscos poc coneguts i acostuma a fomentar a més expectatives exagerades sobre les possibilitats efectives dels sistemes sanitaris

La tendència a introduir de seguida i de forma generalitzada les innovacions, amb l'argument raonable de no dilatar els beneficis esperats, comporta assumir alguns riscos poc coneguts i acostuma a fomentar a més expectatives exagerades sobre les possibilitats efectives dels sistemes sanitaris. Aquesta situació no facilita precisament l'assumpció de responsabilitats compartides per la ciutadania, enlluernada pels progressos i que exigeix fruir-los i abona el consum inapropiat.

En aquest sentit és d'interès constatar l'aparició d'una oposició a la vacunació que no és l'habitual antivacunacionista, sinó que discrepa de la prioritat atorgada com a decisió de la política sanitària i que a Espanya s'ha materialitzat amb una petició de moratòria que fins avui ha aplegat 8.750 signatures,⁷ demanada també per les societats professionals més importants de la salut pública i de l'atenció primària, tot i que moltes altres societats abonen la vacunació.⁸ Alguns científics i polítics que donen suport a la vacunació, tot i veure les seves limitacions, rebutgen plantejar les crítiques en públic argumentant que això provoca confusió, la qual cosa, si bé és certa, no afavoreix l'autonomia dels pacients ni dels ciutadans.

Finalment, convé esmentar entre els potencials efectes adversos que hi ha que no són atribuïbles directament a

la vacuna, sinó a la falsa seguretat que pot desvetllar en una població diana desinformada i sense prou criteri sobre les limitacions de les intervencions preventives. Per exemple, davant d'altres gèrmens de transmissió sexual o com si fos una alternativa a la prevenció secundària i el cribratge. Una confusió a la qual segurament contribueixen els eslògans publicitaris de la vacuna que, per ells mateixos, són un aspecte de molt d'interès des del punt de vista de l'ètica.

Alguns científics i polítics que donen suport a la vacunació, tot i veure les seves limitacions, rebutgen plantejar les crítiques en públic argumentant que això provoca confusió, la qual cosa, si bé és certa, no afavoreix l'autonomia dels pacients ni dels ciutadans

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES:

1. Hepple B. Public Health: ethics issues. Cambridge: Nuffield Council on Bioethics; 2007. p. 50-77.
2. Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya. Consideracions ètiques i socials sobre el calendari de vacunacions del Departament de Salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2007.
3. Diekema DS, Markuse EK. Ethical issues in the vaccination of children. En: Burgio GR, Lantos JD, editors. *Primum non nocere today*. Amsterdam: Elsevier; 1998. p. 37-47.
4. Puig-Junoy J, López-Valcárcel BG. The opportunity cost of massive HPV vaccination: within-study and between study variations in incremental cost per

- QUALY gained. *Prev Med*. En premsa.
5. Zimmerman RK. Ethical analysis of HPV vaccine policy options. *Vaccine*. 2006; 24(22): 4812-20.
 6. Colgrove J. The ethics and politics of compulsory HPV vaccination. *N Eng J Med*. 2007; 355(23): 2389-91.
 7. CAPS. Razones para una moratoria en la aplicación de la vacuna del virus del papiloma humano en España. [Accés 23 d'abril de 2009]. Disponible a: <http://www.matriz.net/caps2/declaracion/>
 8. Marquez-Calderon S, López-Valcárcel BG, Segura A. Medical societies' recommendations for immunization with HPV and disclosure of conflicts of interest. *Prev Med*. En premsa.

Consideracions ètiques sobre teràpies no convencionals

Josep M^a Bertran i Soler

Metge de l'EAP del CAP Jaume I
de Tarragona. ICS.
jbertran@comt.org

resum

La societat ha de tenir accés a una informació veraç i validada per tal d'orientar-se sobre l'oferta de teràpies convencionals i no convencionals. Els pràctics d'aquestes teràpies han d'acreditar coneixements i competència davant les administracions públiques que, en cas d'autoritzar-ne l'activitat, establiran un registre i els exigirà l'acompliment de les normes legals harmonitzades a l'àmbit de la UE, en col·laboració amb els col·legis professionals quan els terapeutes estiguin col·legiats, els quals exigiran el compliment del Codi de deontologia.

PARAULES CLAU

teràpies, ètica, harmonització

abstract

The society needs to have access to truthful and factual information in order to be able to choose from the range of conventional and non-conventional therapies. Those who exercise these therapies have to prove their knowledge and competence in front of the public administrations that will determine their viability, run a register and demand that they comply with the legal rules harmonised in the EU in cooperation with the professional association they belong to, whom will demand the fulfillment of the code of ethics.

KEYWORDS

therapies, ethics, harmonisation

Ètica i situació de les teràpies no convencionals

Ningú no hauria de posar en dubte l'afirmació que adjudica a les teràpies no convencionals una història quasi tan llarga com la història de la humanitat. Per a milions de persones de tot el món —sobretot en països pobres— aquestes teràpies representen l'única possibilitat d'accés a una prestació de salut. També sembla cert, però, que en les societats desenvolupades augmenta l'oferta i l'ús d'aquestes teràpies. El fenomen ja no correspon a una necessitat d'atenció immediata en matèria de salut, sinó a un recurs addicional i complementari que coexisteix, com és el cas de Catalunya, amb un sistema sanitari científicament avançat, equitatiu i de cobertura universal.

En les societats desenvolupades augmenta l'oferta i l'ús d'aquestes teràpies. El fenomen ja no correspon a una necessitat d'atenció immediata en matèria de salut, sinó a un recurs addicional i complementari

Així ho va precisar l'Organització Mundial de la Salut (OMS-WHO) en l'estratègia inicial en relació a les teràpies no convencionals manifestada a la Conferència Internacional sobre Atenció Primària de Salut (Alma Ata, 1978) que tanta controvèrsia ha generat en els darrers anys. Quan l'OMS va preconitzar la incorporació a l'atenció sanitària de «... personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesitan, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como

un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad», el que pretenia aquesta institució era que els milions de persones que es beneficiaven d'aquestes teràpies perquè no tenien accés a cap altra, no es quedessin sense res. En canvi, no pretenia que aquest manifest s'utilitzés com a argument justificatiu de la validació científica de les teràpies no convencionals, que és el que molts pràctics van aprofitar per als seus interessos. Uns anys més tard l'OMS, en l'Estratègia 2002-2005 en Medicina Tradicional,¹ va iniciar un pla sobre medicina tradicional per tal de facilitar l'exploració sobre les possibilitats d'aquest tipus de medicina per millorar la salut i el benestar de la població, reduint al mínim el risc d'utilització de remeis d'eficàcia no demostrada, o d'una utilització inadequada. La finalitat principal de l'estratègia era impulsar la realització d'investigacions. Així, doncs, actualment l'OMS no recomana aquestes pràctiques, però està col·laborant amb diversos països en el foment d'un plantejament basat en l'evidència per tal d'elucidar les qüestions relatives a la seguretat, l'eficàcia i la qualitat, principis fonamentals en el context d'un exercici èticament acceptable.

En els països en vies de desenvolupament, on a més d'un terç de la població li manquen els medicaments més essencials, l'administració de remeis tradicionals i alternatius eficaços i sense risc podria millorar de forma significativa l'accés al sistema de salut oficial

En els països en vies de desenvolupament, on a més d'un terç de la pobla-

ció li manquen els medicaments més essencials, l'administració de remeis tradicionals i alternatius eficaços i sense risc podria millorar de forma significativa l'accés al sistema de salut oficial. I sembla un plantejament ètic gens reprovable la possibilitat d'integrar, en aquests països, la medicina tradicional al sistema de salut oficial.

I en els països més desenvolupats adquireix una importància rellevant la qüestió de les teràpies no convencionals des de l'òptica ètica, ja que hem passat de l'ètica de la beneficència (de fa pocs anys) a l'ètica de l'opulència (fins fa pocs mesos), passant per l'ètica de l'autonomia dels pacients en un marc de contenció de despesa. Com diu Díaz-Rubio, «*la responsabilidad de las autoridades sanitarias es enorme, por cuanto tienen que adecuar el desarrollo de la medicina con la sostenibilidad del sistema sanitario público*».² Quan això passa, són la Unió Europea i tots els seus membres els que han d'instar a una regulació de criteris per a l'ensenyament i la pràctica de les teràpies no convencionals en un marc d'exercici ètic inqüestionable. Aquest procés d'harmonització és imprescindible per evitar experiències i proves en els diversos països, fetes amb més bona voluntat que encert.

Són la Unió Europea i tots els seus membres els que han d'instar a una regulació de criteris per a l'ensenyament i la pràctica de les teràpies no convencionals en un marc d'exercici ètic inqüestionable.

Criteris ètics en el nou concepte de competència professional

Els criteris que defineixen el concepte de competència professional han canviat en els darrers anys. L'Assemblea Or-

dinària del Comitè Permanent d'Ordres Mèdiques de la Unió Europea va donar suport a una iniciativa de l'Organització Mèdica Col·legial (OMC) que, fonamentalment, proposava que a més de *saber* (coneixements permanentment actualitzats), *saber fer* (habilitat pràctica i tecnologia actualitzades) i *voler fer* (actitud d'implicació), per acreditar competència s'ha d'exercir tenint en compte criteris ètics i deontològics, amb l'objectiu principal de salvaguardar la salut i l'autonomia del pacient. Al mateix temps s'han d'aconseguir resultats acceptables en el menor temps possible: efectivitat. També s'han d'assolir els millors resultats possibles amb una gestió racional de recursos: eficiència. I, finalment, s'ha d'aconseguir una relació de confiança amb els pacients, amb l'entorn professional i amb els responsables de direcció i gestió: empatia.³

No és gens fàcil l'acceptació de nous criteris per definir què és competència professional, sobretot pel que fa a l'ètica i a l'empatia

No és gens fàcil l'acceptació de nous criteris per definir què és competència professional, sobretot pel que fa a l'ètica i a l'empatia. I, en part, té relació amb la coexistència de persones que fan una feina directament relacionada amb la salut (*com ara fer de metge*) i persones que exerceixen una professió (*ser metge*).

Si centrem la qüestió en la relació de les teràpies no convencionals amb la competència i l'ètica, podem diferenciar dos grans grups de terapeutes. Per una banda, els pràctics de teràpies no convencionals que alhora estan inscrits a un col·legi professional i, en conseqüència, amb un registre de la titulació acadèmica corresponent, i obligats a l'acompliment dels estatuts corporatius, sancionats pel Departament de Justícia de la Generalitat, i a l'acompliment del

Codi de deontologia i normes d'ètica. I, per altra banda, els pràctics de teràpies no convencionals que no estan inscrits en corporacions de dret públic, la majoria dels quals no estan sotmesos a cap tipus de regulació de coneixements i pràctica adquirida, ni figuren en cap registre d'activitats. Malgrat que aquests darrers superen els trenta mil a Catalunya, no se sap què és el que fan exactament, ni quin tipus d'informació donen a les persones que atenen. Tampoc no se sap a quin règim disciplinari i sancionador estan sotmesos en cas de perjudicar greument un pacient, no només en cas aplicar-li productes o tècniques que constitueixen un frau en relació al que havien de curar, sinó sobretot en el sentit que retarden l'accés dels pacients al diagnòstic precoç i al tractament precoç.

Els pràctics de teràpies no convencionals, que no estan inscrits en corporacions de dret públic, no se sap què és el que fan exactament, ni quin tipus d'informació donen a les persones que atenen. Tampoc no se sap a quin règim disciplinari i sancionador estan sotmesos en cas de perjudicar greument un pacient

El Codi de deontologia del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, aprovat en l'Assemblea General del 16 de juny de 1997, en el seu article 47, diu: «El metge no emprarà procediments ni prescriurà medicines amb les quals no estigui degudament familiaritzat i que no estiguin basades en l'evidència científica o en l'eficàcia clínica, encara que el pacient hi consenteixi». Els metges s'han de posicionar sempre a favor dels interessos de salut dels pacients, i mai no és tolerable que facin valer la seva autoritat o la seva posició prevalent davant unes

persones que pateixen i sovint poden estar desorientades, per promocionar teràpies alternatives no avalades.

Els metges s'han de posicionar sempre a favor dels interessos de salut dels pacients, i mai no és tolerable que facin valer la seva autoritat o la seva posició prevalent davant unes persones que pateixen i sovint poden estar desorientades, per promocionar teràpies alternatives no avalades

En canvi, molts pràctics de teràpies no registrades i dels quals es desconeix la seva formació, no estan obligats a normes d'ètica ni se sap quina informació donen a les persones que atenen. Com diu Ramon Alcoberro,⁴ «és molt difícil demostrar la culpabilitat d'un pràctic de medicines no convencionals en cas que hagi provocat danys a les persones. Un sistema de consentiment informat i uns sistemes objectivables d'inspeccions serien el punt èticament més important».

Garanties per a la protecció de la salut reconegudes en la legislació vigent

Si és un deure ètic aplicar la millor teràpia possible a un malalt, en el marc de la legislació vigent, probablement, a l'Estat espanyol s'ha legislat molt més que en altres països pel que fa als drets dels ciutadans en matèria de salut, i en aquest sentit les exigències als terapeutes podrien ser més rigoroses. També, però, el control d'acompliment de les lleis no sempre ha assolit l'èxit desitjat pel legislador. En són clars exemples la Ley 14/1986, de 25 d'abril, General de Sanidad, quan ordena que les administracions públiques, en l'àmbit de les seves competències, realitzin un control de la

publicitat i propaganda comercials per tal que s'ajustin a criteris de veracitat en matèria de salut, i per limitar tot allò que pugui constituir un perjudici per a la salut (article 27). O quan preveu la inspecció i control de la promoció i publicitat de centres i llocs on s'ofereixin prestacions en matèria de salut (article 30.1), i encarrega a l'Administració sanitària de l'Estat valorar la seguretat, eficàcia i eficiència de les tecnologies rellevants per a la salut i per a l'assistència sanitària (article 110).

A l'Estat espanyol s'ha legislat molt més que en altres països pel que fa als drets dels ciutadans en matèria de salut, i en aquest sentit les exigències als terapeutes podrien ser més rigoroses. També, però, el control d'acompliment de les lleis no sempre ha assolit l'èxit desitjat pel legislador

També cal fer referència a la Ley 34/1988, d'11 de novembre, General de Publicidad (article 8), i la Ley 25/1990, de 20 de desembre, del Medicamento que considera activitats prohibides la distribució i comercialització de productes o preparats que es presentin com a medicaments sense estar legalment reconeguts (article 7).

I encara podem citar el RD 1097/1996, de 2 d'agost, sobre Publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria, que prohibeix explícitament als professionals sanitaris i a entitats o a persones que aparentin un caràcter sanitari sense ser-ho, l'empar a qualsevol producte o activitat no validada per tècniques o experiments acreditats i especialment reconeguts per l'Administració sanitària de l'Estat.

La Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y del Derecho y Obligaciones en Materia de Infor-

mación y Documentación Clínica dona suport al consentiment informat com a eina exigible en la salvaguarda de garanties dels pacients.

I, molt més recent, també cal fer esment de l'esforç del Departament de Salut de la Generalitat en el Decret 31/2007, de 30 de gener, pel qual es regulen les condicions per a l'exercici de determinades teràpies naturals.⁵

Iniciativa del Parlament de Catalunya en matèria de medicines no convencionals

Malgrat la insistència del poder legislatiu per poder garantir a la societat el control de l'oferta de teràpies, tothom hauria de ser conscient que, en el tema de les teràpies no convencionals, la solució passa per una regulació harmonitzada a l'àmbit de la Unió Europea. Només així podrem evitar circulació de terapeutes que s'instal·lin al país que els resulti més còmode per la regulació específica que tinguin. Així ho va interpretar un exhaustiu debat en Comissió del Parlament de Catalunya, que va donar peu a la Resolució 870/V, de 17 de març de 1999, on insta el Govern català a promoure, en el termini de tres mesos, un Comitè d'Experts perquè impulsi des del Govern una anàlisi sobre les medicines no convencionals a Catalunya, prèviament a la seva reglamentació, que hauria de seguir les recomanacions del Parlament Europeu.

I així arriba la Resolució de 16 de juliol de 1999 del Conseller de Sanitat i Seguretat Social, per la qual es crea el Grup de treball en matèria de medicines no convencionals. Aquest Grup de treball —integrat tant per professionals que mai no havien practicat teràpies no convencionals com per membres dels dos grans grups de pràctics de les teràpies no convencionals— va establir una metodologia de treball que permetés poder escoltar a una gran majoria de les persones implicades en les teràpies

no convencionals. Després d'un ampli debat, amb el concurs de persones rellevants i entitats significatives del món de la salut i de la bioètica, es van presentar unes conclusions amb propostes concretes aplicables al sector. La feina feta va finalitzar el dia 10 de juny de 2002 amb la presentació de les *Conclusions del Grup de treball de medicines no convencionals*. Tot el material es pot trobar al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i consta de 23 volums: un volum de document bàsic on hi consten els nomenaments dels integrants del grup, els objectius, el mètode i les conclusions; un llibre d'actes que recull totes les compareixences i tots els debats amb les propostes de conclusions; tres volums amb normativa internacional i documents de referència; onze volums de medicina tradicional xinesa; un volum de medicina naturista, tres volums de medicina homeopàtica, i tres volums d'altres pràctiques no convencionals.

Una de les primeres manifestacions de consens del Grup de treball va ser concretar unes mesures d'aplicació immediata:

- Harmonització de criteris en matèria de les teràpies no convencionals a l'àmbit de la Unió Europea.

- Obligatorietat d'acceptar un codi d'ètica i un sistema d'informació a les persones que concreti els efectes de la teràpia que es vol aplicar.

- Regulació i inspecció a través d'un òrgan competent.

- Regular l'ensenyament només d'aquelles medicines no convencionals que poden aportar estudis científics on es demostri, a través de l'avaluació d'un grup d'experts, la seva eficàcia: medicina tradicional xinesa (acupuntura, fitoteràpia, tai-txi), homeopatia, medicina naturista i teràpies manuals.

- L'ensenyament d'aquestes teràpies no convencionals validades s'hauria de rea-

litzar en l'àmbit del sistema universitari, ja sigui directament o en col·laboració amb escoles adscrites a la universitat, donant accés a les titulacions que en cada cas es considerin oportunes.

- Les llicenciatures estarien reservades als professionals amb capacitat per establir un diagnòstic i realitzar un tractament. Les diplomatures estarien reservades a l'ensenyament de tècniques, però només facultarien per poder-les aplicar per indicació d'un llicenciat.⁶

Consulta al Comitè de Bioètica de Catalunya

Quan s'havia arribat a un primer text consensuat amb tots els sectors, el Grup de treball va acordar la conveniència de consultar el Comitè de Bioètica de Catalunya (CBC). Així es va presentar a la 43a sessió del CBC, el dia 10 d'octubre de 2001, amb la finalitat de copsar el parer del Comitè sobre la situació de les medicines no convencionals i la pertinença de reglamentar el seu exercici. En resposta a aquesta sol·licitud el CBC en la seva reunió plenària del dia 18 de febrer de 2002 va acordar fer les següents recomanacions:

La regulació de l'ensenyament de les teràpies no convencionals s'ha d'harmonitzar a l'àmbit de la Unió Europea, respectant l'autonomia de cada universitat

1. La regulació de l'ensenyament de les teràpies no convencionals s'ha d'harmonitzar a l'àmbit de la Unió Europea, respectant l'autonomia de cada universitat per tal que decideixi intervenir en la recerca d'eficàcia d'alguna d'aquestes teràpies i les incorpori a l'oferta d'estudis universitaris.

2. L'Administració sanitària ha d'instar la societat a l'exercici de la seva llibertat responsable, procurant-li informació sobre el risc directe o indirecte derivat de l'ús d'aquestes teràpies, i respectant així el dret de les persones a decidir l'accés a les ofertes que considerin més oportunes per a la seva salut.

El Grup de treball va acordar la incorporació de totes i cadascuna de les recomanacions del Comitè de Bioètica de Catalunya, i el document final amb els annexos corresponents es va lliurar al Conseller de Sanitat i Seguretat Social el 19 de juny de 2002

3. La regulació de la pràctica de les teràpies no convencionals s'ha d'harmonitzar a l'àmbit de la Unió Europea. En una primera fase els terapeutes s'haurien d'autoregular a través d'un codi d'ètica o de conducta, d'acceptació obligada pels pràctics d'aquestes teràpies, que haurien d'adquirir el compromís formal de no interferència negativa amb la pràctica mèdica regulada pels col·legis professionals, sobretot pel que fa a retardar l'accés dels pacients a un diagnòstic precoç i a un tractament precoç, i a desaconsellar l'abandonament de cap tractament necessari. Aquest codi hauria de recomanar apartar-se de qualsevol actitud d'engany o frau, acceptar les responsabilitats ètiques, administratives i judicials, i reconèixer el preceptiu control de l'Administració sanitària en la seva essencial funció de vetllar per la salut pública.

El Grup de treball va acordar la incorporació de totes i cadascuna de les recomanacions del Comitè de Bioètica de Catalunya, i el document final amb els annexos corresponents es va lliurar al Conseller de Sanitat i Seguretat Social el 19 de juny de 2002.

Conclusions

Entenc i comparteixo l'argumentari que fonamenta l'actitud dels Col·legis de Metges i l'Acadèmia de Ciències Mèdiques en defensar que el diagnòstic i la indicació de tractament en matèria de salut són competències exclusives dels metges. Però més que posar límits en funció d'exclusivitats professionals,⁷ crec que cal fer un esforç per centrar la qüestió en l'assoliment de competència per poder diagnosticar i tractar des de l'obligat marc ètic qualsevol problema de salut. El que cal definir és la formació necessària per poder exercir aquestes competències. Els sis anys de llicenciatura en Medicina i Cirurgia més els anys addicionals d'especialització, a través del sistema MIR, i la formació continuada al llarg de tot l'exercici professional, són una garantia de qualitat formativa dels metges, que juntament amb el compliment obligat del Codi de deontologia i l'acatament del sistema disciplinari, constitueixen una garantia ètica i de qualitat a la societat. I aquest és l'argument sòlid que cal promocionar.

Crec que la incorporació de competències en matèria de salut a l'exercici de qualsevol altre professional que no sigui metge o titulat superior en salut, no s'ha d'albirar com a impossible i constitutiu d'un atac a les arrels més profundes de la professió mèdica. S'ha de contemplar com una possibilitat que imprescindiblement ha d'anar lligada a una formació de les mateixes característiques reglades que les universitàries

Així, doncs, crec que la incorporació de competències en matèria de salut a l'exercici de qualsevol altre professional

que no sigui metge o titulat superior en salut, no s'ha d'albirar com a impossible i constitutiu d'un atac a les arrels més profundes de la professió mèdica. S'ha de contemplar com una possibilitat que imprescindiblement ha d'anar lligada a una formació de les mateixes característiques reglades que les universitàries, les d'especialització i les de formació continuada, les de recerca, sotmeses als registres i controls pertinents, i amb posterior pràctica sotmesa a les normes ètiques, de consentiment informat i règim d'inspecció que s'estableixi. Tot això en defensa dels drets dels ciutadans a unes prestacions amb garanties de qualitat dins un marc ètic controlat,⁸ i mai en defensa d'actituds corporatives i gremials que avui ja no tenen cap sentit i estan condemnades al fracàs.

Cal, doncs, harmonitzar criteris de formació i pràctica de teràpies no convencionals a l'àmbit de la Unió Europea, i mentrestant cal aplicar amb rigor la legislació vigent, recollida en diferents lleis i decrets específics. Cal també respectar els codis d'ètica que ja obliguen als professionals de la salut. És imprescindible crear codis de conducta d'obligat compliment pels pràctics de teràpies no convencionals.

NOTES I REFERÈNCIES

BIBLIOGRÀFIQUES:

1. Díaz-Rubio García M. Ciclo la Sanidad en España. Intervención del Presidente Manuel Díaz-Rubio García. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina; 27 de Noviembre de 2008. [accés: 15 de mayo de 2009]. Disponible a: http://www.redaccionmedica.com/~redaccion/diaz_rubio_ciclo_sanidad2009.doc
2. Zhang X. WHO Traditional Medicine Strategy [Internet]. Geneva: WHO; 2002. [accés: 14 de maig de 2009]. Disponible a: <http://www.who.int/medicines/publications/traditionalpolicy/en/index.html>
3. Aquesta idea la vaig desenvolupar en la meua intervenció titulada «El

futuro de las profesiones sanitarias», en un curs d'estiu de la Universidad Internacional Menéndez y Pelayo, a Santander, l'agost de 2006.

4. Alcobarro R. El problema de las malas prácticas y la ética. [Internet] 2006 [accés: 15 de mayo de 2009]. Disponible a: <http://www.alcobarro.info/planes/bioetica3.htm>

5. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC) Núm. 4812 – 1.12.2007

6. El Grup de treball va finalitzar la seva tasca l'any 2002 i per això en aquell moment parlàvem de llicenciatures i diplomatures. Avui caldria tenir present que en el nou Espai Europeu d'Educació Superior caldria adaptar la terminologia ja que en aquest nou sistema universitari s'aboleixen les llicenciatures i diplomatures pels graus.

7. Adams KE, Cohen MH, Jonsen AR, Eisenberg DM. Ethical considerations of complementary and alternative medical therapies in conventional medical settings. *Ann Intern Med* 2002; 137:660-664.

8. Miller FG, Emanuel EJ, Rosenstein DL, Straus SE. Ethical issues concerning research in complementary and alternative medicine. *JAMA*. 2004;291:599-604.

La batalla legal entre Pfizer i Nigèria pel cas Trovan

Pau Ferrer i Salvans

Farmacòleg clínic.
Col·laborador de l'IBB.
pferrer@ibb.hs-jdbcn.org

Com podem comentar la notícia fent justícia i sense fer créixer un ressentiment que semblaria lògic? Estem davant un cas semblant al thriller de El jardinero fiel? És veritat que s'ha inflat un desastre per aconseguir diners d'una multinacional rica?

Un tormento llamado Trovan

En 1996, la farmacéutica Pfizer suministró en Nigeria un nuevo medicamento a 200 niños. Once de ellos murieron y el resto aún padece las brutales secuelas del experimento.

Unas doscientas familias de Kano, al norte de Nigeria, aseguran que su país fue en 1996 uno de esos laboratorios y que sus hijos fueron utilizados como cobayas humanas.

A principios de aquel año, una epidemia de cólera, meningitis y otras enfermedades asoló el norte del país. Pfizer, la mayor multinacional farmacéutica, envió a sus representantes a Kano, una ciudad amurallada y hecha en gran parte de arcilla y regida por las leyes islámicas. Los expertos de la compañía suministraron un medicamento llamado Trovan a unos cien niños de la ciudad para curarles la meningitis y un antibiótico de la familia de las quinolonas a otros cien.

Pero el diario estadounidense The Washington Post, una vez más, se enteró de la historia y puso a sus periodistas en el caso. Los resultados de un año de investigación sobre las pruebas de medicamentos en países del Tercer Mundo aportaron luz al caso de Nigeria. Supuestamente, Pfizer había ensayado un tipo de antibiótico en los niños de Kano sin haber realizado los test previos. El medicamento se aprobó poco después en Europa y Estados Unidos. La Unión Europea lo retiró a los tres meses porque causaba problemas hepáticos. En Estados Unidos se sigue usando aunque sólo como tratamiento hospitalario para infecciones muy severas.

Tras las manifestaciones, en 2002, el Gobierno de Nigeria llevó a los tribunales a Pfizer. La batalla legal ha durado años y empieza a despejarse estas semanas si es que el acuerdo extrajudicial ofrecido por la compañía a las víctimas acaba de cuajar. Cincuenta y cinco millones de euros resolverían el asunto, según la cifra que barajan las autoridades de Kano, pero Pfizer ha desmentido que se haya llegado a un acuerdo. La empresa insiste en su inocencia.

El País, 19/04/2009. Es pot consultar a: http://www.elpais.com/articulo/reportajes/tormento/llamado/Trovan/elpepusocdmg/20090419elpdmgrep_2/Tes?print=1

El Trovan és un antibiòtic del grup de les fluoroquinolones, d'ampli espectre, comercialitzat per la casa Pfizer. *El País* se'n va fer ressò per un procés legal que s'està duent a terme a Nigèria, sota l'acusació d'assaig clínic il·legal. Per a nosaltres la notícia no era nova, coneixíem l'acusació i el procés que s'està duent a terme des de feia temps, concretament des del novembre de 2006,¹ encara que hem de dir que el patetisme en què s'envolta la notícia no l'havíem vist encara. El laboratori Pfizer ha negat

sempre les acusacions i si es fa una cerca amb Google es troben referències per a tots els gustos. Com podem comentar la notícia fent justícia i sense fer créixer un ressentiment que semblaria lògic? Estem davant un cas semblant al thriller de *El jardinero fiel*? És veritat que s'ha inflat un desastre per aconseguir diners d'una multinacional rica?

Si llegim la notícia crida l'atenció el dramatisme i costa d'entendre el context. Imaginem una epidèmia de meningitis, una malaltia greu. ¿És possible

imaginar-se uns metges administrant pels domicilis uns medicaments amb injeccions sense cap altre control? ¿És possible que donant una injecció d'un antibiòtic una persona quedi com morta, i mori poques hores després? L'antibiòtic trovafloxacin ha mostrat una toxicitat hepàtica i en alguns països s'ha retirat del mercat, mentre que en d'altres s'aconsella administrar-lo menys de 14 dies seguits i restringir el seu ús per a malalties greus en què el quocient risc/benefici ho permeti. A Espanya es va autoritzar l'1 de desembre de 1998 i es va retirar del mercat l'1 de juny de 1999,² com a conseqüència de l'acumulació de 152 casos, arreu del món, de toxicitat hepàtica greu, la qual cosa també va portar a la seva suspensió per part de l'European Medicines Agency³ per a tot Europa. ¿Seria prou greu una meningitis per justificar la prescripció? En cap dels assaigs que s'havien fet no hi havia constància de descripcions de reaccions adverses semblants. Podria ser que aquesta descripció correspongués a l'evolució d'una meningitis quan els antibiòtics no aconsegueixen aturar-la.

L'antibiòtic trovafloxacin ha mostrat una toxicitat hepàtica i en alguns països s'ha retirat del mercat, mentre que en d'altres s'aconsella administrar-lo menys de 14 dies seguits i restringir el seu ús per a malalties greus en què el quocient risc/benefici ho permeti

Pfizer parla del cas Trovan en una notícia de premsa el dia 16 d'abril d'enguany⁴ on diu que el 1996 es va produir a Nigèria una gran epidèmia de meningitis, que va afectar a unes 110.000 persones i va causar la mort a unes 12.000. En aquest context Pfizer va oferir el Trovan com una opció. Es van iniciar converses entre la Food and Drug

Administration (FDA) i l'Agència Nigeriana del Medicament (en queda constància almenys en dotze cartes). Aquesta acció s'havia de produir en un context humanitari. Es van tractar 200 nens, 100 amb trovafloxacin i 100 amb ceftriaxona com a tractament de control reconegut. Els pacients tractats amb trovafloxacin diu que van tenir una taxa de supervivència del 94,4%, un 4% més que el grup de control, i que totes les morts es van produir com a resultat de la meningitis, i no pas del tractament.

Els pacients tractats amb trovafloxacin diu que van tenir una taxa de supervivència del 94,4%, un 4% més que el grup de control, i que totes les morts es van produir com a resultat de la meningitis, i no pas del tractament

Buscant en el web de la FDA sols es troba una referència a assaigs amb trovafloxacin, un assaig fet a Finlàndia, a la Universitat d'Hèlsinki, iniciat l'octubre del 2007 amb 430 malalts de sepsis estafilocòcica. L'assaig consta com a acabat encara que no hi ha els informes finals. Tampoc no hi figura cap incidència.⁵ En el web de la indústria farmacèutica Pharmalot es fan la pregunta de si Pfizer pagarà per les víctimes fictícies de Nigèria, afegint-hi que se n'hi inclouen més de les que realment hi va haver.⁶

Les descripcions del producte es troben a la pàgina web de la FDA, amb els documents d'aprovació, les descripcions de la seva farmacologia clínica i altres detalls.⁷ El trovafloxacin és un preparat que sols es pot administrar per via oral, ja que per a l'administració intravenosa s'utilitza l'altrofloxacin, una molècula precursora que es metabolitza en trovafloxacin a l'organisme. Un assaig en nens indica una dosi utilitzable.⁸ Una revisió de les reaccions adverses⁹ de les quinolones destaca que el temafloxacin,

amb una síndrome urèmica hemolítica, i el trovafloxacin, amb la toxicitat hepàtica, han estat els menys ben tolerats. En aquest treball es discuteixen els efectes de les quinolones sobre el sistema nerviós central i les possibles interferències amb els mecanismes del GABA (àcid gamma-aminobutíric) i altres receptors. En el cas de la meningitis, en què la permeabilitat de la barrera hematoencefàlica està augmentada, es desconeix el que pot passar i no hem trobat referències bibliogràfiques més específiques, encara que sembla aconsellable ser prudent i estudiar més profundament aquest punt per tal de comprendre millor els fenòmens observats a la clínica.

Si llegim l'informe del Comitè d'Investigació de Kano, Nigèria, del seu Ministeri de Salut, s'assenyala que no es van seguir els principis que Pfizer proclama, que l'investigador principal no tenia experiència, que es va intentar aturar l'assaig diverses vegades, però que hi havia molts malentesos entre els funcionaris i no es va aconseguir

Si llegim l'informe del Comitè d'Investigació de Kano, Nigèria, del seu Ministeri de Salut, s'assenyala que no es van seguir els principis que Pfizer proclama, que l'investigador principal no tenia experiència, que es va intentar aturar l'assaig diverses vegades, però que hi havia molts malentesos entre els funcionaris i no es va aconseguir. L'informe, disponible al web de CIRCARE,¹⁰ exposa també les argumentacions de Pfizer, inclòs que el protocol havia estat dissenyat als Estats Units i que l'investigador principal era el degà de la Facultat de Medicina de la Universitat de Bayero. L'investigador principal afirma que una part de les activitats de recerca les van

dur a terme metges portats per Pfizer dels Estats Units i que el nivell de control local tenia ambigüitats. L'informe, molt extens, tradueix moltes tensions internes.

Potser una comissió internacional amb el suport de l'OMS podria treure l'entrellat del que realment va passar; si no s'haurà d'esperar l'evolució del judici pendent amb totes les seves incògnites. És impossible en la distància decidir si realment es van obtenir els consentiments i si l'assaig era correcte. Probablement el protocol que va sortir dels Estats Units ho devia ser, però el que es va aplicar a Nigèria, és difícil de dir

Finalment, *El País* també es refereix a altres problemes ocasionats amb les vacunes i la llei islàmica local. D'altra part en l'*Afrol News*¹¹ es fa referència a 29 infants morts a Nigèria per un xarop mal preparat. Del context es poden deduir altres problemes de salut, també efectes de moviments de masses humanes en casos de greus epidèmies, que poden pertorbar les actuacions de salut. Tot això ens fa pensar en el problema ètic de dur a terme assaigs complexos dissenyats als Estats Units en països i moments on la «competència social» és insuficient. Encara que sembli o pugui ser una iniciativa humanitària,¹² tota la dinàmica aconsegueix escapar-se de les mans i provocar un conflicte desmesurat, en el qual és molt difícil treure'n l'aigua clara. Enfront de tantes diferències culturals i en cas d'una epidèmia greu, més que fer assaigs puntuals amb productes nous i mal coneguts, amb col·laboradors que parlen un altre idioma i tenen altres qualificacions tècniques, sembla aconsellable distribuir

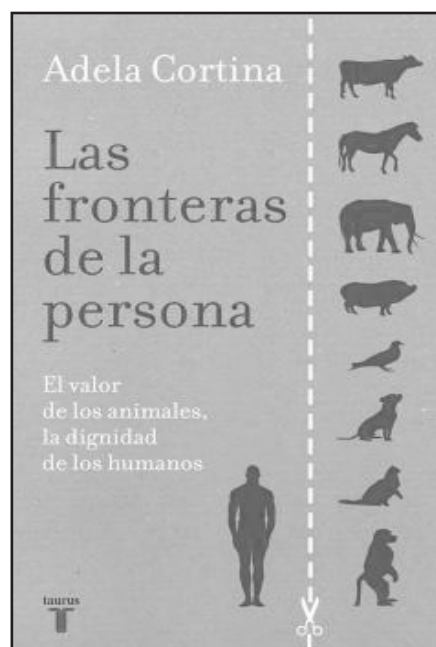
gratuïtament medicaments clàssics i contrastats i, sobretot, controlar el que passa. Potser una comissió internacional amb el suport de l'OMS podria treure l'entrellat del que realment va passar; si no s'haurà d'esperar l'evolució del judici pendent amb totes les seves incògnites. És impossible en la distància decidir si realment es van obtenir els consentiments i si l'assaig era correcte. Probablement el protocol que va sortir dels Estats Units ho devia ser, però el que es va aplicar a Nigèria, és difícil de dir. Seguir les pèrdues ètiques i tècniques que van haver-hi en cada pas i on es van produir, seria una lliçó molt bona si fóssim capaços d'aprendre-la.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES:

1. SOMO Briefing paper on ethics in clinical trials. Examples of unethical trials [Internet]. Amsterdam: December 2006 (updated), p. 13. [accés: 26 de maig de 2009]. Disponible a: http://www.wemos.nl/Documents/examples_of_unethical_trials_dec_2006_nl.pdf
2. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social [accés: 26 de maig de 2009]. Medicamentos autorizados en España (Uso humano). Disponible a: <https://sinaem4.agemed.es/consaem/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>
3. EMEA Public statement on Trovan / Trovan IV / Turvel / Turvel IV (Trovafoxacin / Alatrofoxacin). [Internet]. London: EMEA; 1999. [accés: 26 de maig de 2009]. Disponible a: <http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/press/pus/1804699EN.pdf>
4. Pfizer habla del caso Trovan. Rioja2.com [Internet]. 14 d'abril de 2009. [accés: 26 de maig de 2009]. Disponible a: <http://www.rioja2.com/diario/index.php?not=41089&id=101&menu=1>
5. Ruotsalainen E. Combination Therapy with Fluoroquinolone in Staphylococcus

- Aureus Bacteremia (FINLEVO). [accés: 26 de maig de 2009]. Disponible a: <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00548002?term=trovafoxacin.rank=1>
6. Silverman E. Will Pfizer pay fictitious trovan victims in Nigeria? Pharnalot [Internet]. 5 de desembre de 2008. [accés: 26 de maig de 2009]. Disponible a: <http://www.pharnalot.com/2008/12/will-pfizer-pay-fictitious-trovan-victims-in-nigeria>
 7. Center for drug evaluation and research [Internet]. USA: Department of Health and Human Services. [accés: 26 de maig de 2009]. Trovan information. Disponible a: <http://www.fda.gov/CDER/news/trovan>
 8. Bradley JS, Kearns GL, Reed MD, et al. Pharmacokinetics of a Fluoronaphthyridone, Trovafoxacin (CP99,219), in infants and children following Administration of a Single Intravenous Dose of Alatrofoxacin. Antimic Ag Chemotherap. 2000;44(5):1195-1199.
 9. De Sarro A, De Sarro J. Adverse reactions to fluoroquinolones. An overview on mechanistic aspects. Current Med Chem. 2001; 8: 371-384.
 10. Index of (In) Famous Research and High Profile Cases [lloc web]. New York: CIRCARE; 1996 [accés: 26 de maig de 2009]. Pfizer's Clinical Trial of Trovan in Kano, Nigeria. Disponible a: <http://www.circare.org/info/hiprofilecases.htm#trovan>.
 11. Detenido en Nigeria el productor del medicamento que mató a 29 bebés. Afrol News [Internet]. [accés: 26 de maig de 2009]. 28 de novembre de 2008. Disponible a: <http://www.afrol.com/es/articles/31850>
 12. Trovan Fact Sheet [Internet]. Pfizer. [accés: 26 de maig de 2009]. Disponible a: http://media.pfizer.com/files/news/trovan_fact_sheet_final.pdf

Les fronteras de la persona



Cortina, A. Las fronteras de la persona. El valor de los animales, la dignidad de los humanos. Madrid: Taurus; 2009. p. 240.

Adela Cortina, catedràtica d'ètica i filosofia política a la Universitat de València i directora de la Fundació ÉTNOR, presenta en el seu nou llibre, *Les fronteras de la persona. El valor dels animals, la dignitat dels humans*, una reflexió sistemàtica, rigorosa i aclaridora sobre la convicció que els éssers humans són els únics —com deia Kant— que tenen dignitat i no preu, valor absolut i no relatiu, valor en si i no sols valor instrumental.

El propòsit del llibre d'Adela Cortina és dialogar amb algunes propostes filosòfiques rellevants que s'oposen a la idea que els éssers humans són els únics que formen part del nucli dur de l'ètica i la política modernes, per arribar a conclusions. Davant de tres possibles conclusions: a) optar per incloure els animals no humans en el nucli de l'ètica i la política en peu d'igualtat amb els éssers humans; b) o bé incloure'ls-hi,

però introduint una gradació en la rellevància moral i política d'uns i altres, c) o bé deixar les coses tal com estan per entendre que les noves propostes animalistes estan mancades de suficients arguments per modificar les nostres creences, l'autora opta pel terme mig, no sols per motius de prudència, sinó perquè creu que aquesta és la resposta que sembla més raonable.

A diferència dels moviments animalistes, l'autora sosté que el valor intern dels animals no és absolut; tanmateix, els éssers humans a més de valor intern tenen valor absolut. El llibre no agradarà als qui pensin en criteris d'igualtat entre éssers humans i animals, però Cortina amb molta saviesa i molt sentit comú col·loca conceptualment en el seu lloc els éssers humans i els animals. Com ens recorda en el subtítol del llibre: els humans tenim dignitat, els animals tenen valor.

novetats biblioteca

- ✓ Abellán, Fernando, Antequera Vinagre, José María, García García, Ricardo, Larios Risco, David, Martín Sánchez, Isidoro, Sánchez-Caro, Javier. Libertad de conciencia y salud: Guía de casos prácticos. Granada: Comares; 2008.
- ✓ Montes, Luis, Güell, Oriol. El caso Leganés. Madrid: Santillana; 2008.
- ✓ Adelaide, Debra. Com dir adéu. Guia domèstica per morir. Barcelona: Empúries; 2009.
- ✓ Pose, Carlos. Lo bueno y lo mejor: introducción a la bioética médica. Madrid: Triacastela; 2009.
- ✓ Bermejo Higuera, José Carlos (ed.) Salud y justicia. Madrid: PPC; 2008.
- ✓ Rodés Teixidor, Juan (ed.), Trilla García, Antoni (ed.) El futuro de la gestión clínica. Barcelona: Ars Médica; 2009.
- ✓ Boladeras Cucurella, Margarita. El derecho a no sufrir: argumentos para la legalización de la eutanasia. Barcelona: Los libros del lince; 2009.
- ✓ Shah, Sonia. Cazadores de cuerpos: la experimentación farmacéutica con los pobres del mundo. Madrid: 451; 2009.
- ✓ Hendin, Herbert. Seducidos por la muerte: médicos, pacientes y suicidio asistido. Barcelona: Planeta; 2009.
- ✓ Ten Have, Henk A. M. J. (ed.), Jean, Michèle S. (ed.) The UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights: background, principles and application. París: UNESCO; 2009.
- ✓ Kluun, Ray. Una mujer va al médico. Barcelona: Planeta; 2008.
- ✓ Tomás Garrido, Gloria María, Manero Richard, Elvira. Diccionario de bioética para estudiantes. Jaén: Formación Alcalá; 2009.

apunt

«Una idea ha començat a despuntar en les últimes dècades del segle XX, encara que els seus orígens són antics: la d'una nau espacial, la Terra, on navega la humanitat. Aquesta nau és propulsada avui per quatre motors: ciències, tècnica, economia i guany, i aquests motors no estan ben controlats. No m'inscriu en un pensament binari, i no dic que la ciència sigui dolenta, al contrari, però dic que ha desenvolupat poders de destrucció inaudits i incontrolats. El desenvolupament tecnicoeconòmic actual produeix la degradació de la biosfera que, a la vegada, arrossega a la degradació de la civilització humana. Dit d'una altra manera, la nau espacial va cap a una catàstrofe sense que res pugui controlar-la.

Tot això mostra les ambivalències i les complexitats d'aquesta doble planetarització. ¿Europa no podria produir nous antídots sorgits de la seva cultura, a partir d'una política de diàleg i de simbiosi, d'una política de civilització que promogués qualitats de vida i no sols únicament qüestions quantitatives, una política que sabria aturar la carrera per l'hegemonia? ¿No podria tornar-se a alimentar en la font de l'humanisme planetari que ha forjat en el passat? ¿No podria reinventar l'humanisme?»

Morin E. Breve historia de la barbarie en Occidente. Barcelona: Paidós; 2009. p. 61.

agenda

Jornada de la Universitat d'Estiu Ramon Llull 2009: «El rebuig del tractament: aspectes clínics, ètics i legals». La jornada, promoguda per l'Institut Borja de Bioètica, tindrà lloc el 9 de juliol a la seu de la Facultat de Comunicació Blanquerna. C/Vallldonzella, 23, de Barcelona. Més informació i matrícula on-line a: <http://universitatestiu.url.edu>

[L'objectiu d'aquesta jornada consisteix a reflexionar sobre una de les conseqüències més rellevants del reconeixement de l'autonomia de la persona atesa: el rebuig del tractament. S'analitzaran els aspectes clínics, ètics i legals.]

EACME Annual Conference 2009: «Multiculturalism, religions and bioethics». Tindrà lloc els dies 10 i 11 de setembre a Venècia (Itàlia) i està organitzat per la Fondazione Lanza, la Università Ca'Foscari di Venezia i the European Association of Centres of Medical Ethics (EACME). Més informació: <http://www.webethics.net/eacme2009/>

[La Conferència anual de l'EACME s'estructurarà en quatre grans blocs: El multiculturalisme, la religió i la bioètica en una societat postmoderna. Els valors universals i les normes ètiques generals en un context multicultural. Cap a una bioètica mediterrània. L'atenció a la salut en un context de migració.]

Congreso Internacional: «Bioética en Europa y Derechos de la Persona». Se celebrarà a Salamanca (Espanya), del 8 al 10 d'octubre, i està organitzat per l'Instituto de Estudios Europeos y Derechos Humanos de la Universidad Pontificia de Salamanca. Més informació: <http://www.europa.upsa.es>

[Encara no s'ha fet públic el programa definitiu del congrés, només està obert el període de presentació de comunicacions.]

IX Congreso Nacional de Bioética: «La bioética como motor de transformación». Organitzat per l'Asociación de Bioética Fundamental y Clínica i la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia. Se celebrarà a Múrcia (Espanya) del 22 al 24 d'octubre. Més informació: <http://www.asociacionbioetica.com> i abfyc.es

[Bàsicament, aquest congrés se centrarà en la reflexió entorn de les temàtiques següents: Bioètica i política. Noves tendències en bioètica. Bioètica i organitzacions sanitàries. Bioètica i investigació.]

XVIII Congreso Derecho y Salud: «La persona como eje del sistema». Se celebrarà a Santander (Espanya) de l'11 al 13 de novembre. L'acte està organitzat per l'Asociación de Juristas de la Salud. Més informació: <http://www.ajs.es>

[Alguns dels aspectes que es tractaran en aquest congrés són: La dimensió del dret a la protecció de la salut. La regulació de la protecció de dades relatives a la salut. El personal estatutari dels serveis de salut. Nous drets del pacient des de la seva consideració jurídica com a consumidor.]

amb la col·laboració de

CAIXA CATALUNYA
OBRA SOCIAL

